

👉 2 DIAS ANTES DO EXAME (ANTEVÉSPERA)

🚫 NÃO ingerir:

- Sementes (feijão, amendoim, nozes);
- Cereais integrais (linhaça, trigo, aveia, centeio, cevada, cereais matinais).

👉 1 DIA ANTES DO EXAME (VÉSPERA)

✅ Alimentação permitida:

- Café da manhã: biscoito água e sal ou polvilho, torrada (não integral), leite desnatado, chás claros, suco coado, bebida isotônica clara;
- Almoço: arroz branco, ovo cozido, frango ou peixe de carne branca, grelhado, legumes cozidos sem casca (abóbora, batata, cenoura, chuchu), macarrão sem molho, caldo ou sopa coada;
- Lanche da tarde: repetir café da manhã;
- Jantar: dieta líquida clara (caldo coado, água de coco, chás claros, suco coado ou isotônico claro).

⚠️ Durante o dia, ingerir no mínimo 2 litros de água ou líquidos claros sem resíduos, tais como água de coco, chás claros, suco coado ou bebidas isotônicas.

🚫 NÃO ingerir:

- Sementes, cereais integrais;
- Alimentos e bebidas de cor vermelha ou escura (suco de uva, café, refrigerante, chás escuros);
- Carne vermelha, embutidos (linguiça, presunto, salsicha);
- Verduras e frutas;
- Bebida alcoólica;
- Leite integral e derivados

👉 PREPARO DO CÓLON

🕒 ÀS 17H: TOMAR 1º SACHÊ DE PICOPREP®

- Dissolver o sachê em 150ml de água (água antes do pó), mexer por 3 min. Se esquentar, aguardar esfriar antes de beber (não gelar). Beber imediatamente.
- Após, ingerir 1,5L de água ou líquidos claros em 2h.

🕒 ÀS 21H: TOMAR 2º SACHÊ DE PICOPREP®

- Após, ingerir 1L de água ou líquidos claros em 2h.

👉 NO DIA DO EXAME

🕒 5 HORAS ANTES DO EXAME (PACIENTES COM 80 ANOS OU MENOS):

- Ingerir de forma **pausada 250ml de MANITOL®**, misturado com limão coado e gelo a gosto.

⚠️ O MANITOL® 20% deve ser ingerido por via oral, mesmo constando “solução injetável” no rótulo.

🕒 4 HORAS ANTES DO EXAME: INICIAR JEJUM ABSOLUTO, INCLUSIVE DE ÁGUA.

💡 OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- ✅ A evacuação deve ser líquida, clara e sem resíduos (cor de urina).
- ✅ Caminhar em casa ajuda no preparo.
- ❌ Se o preparo não estiver adequado, o exame poderá ser suspenso pela equipe médica.
- 🤢 Se houver náuseas/vômitos: tomar Motilium® 10mg ou Digesan® 10mg (caso não haja contraindicação).
- 🤯 Se houver dor de cabeça: tomar Novalgina® 1g ou Tylenol® 750mg.
- ✅ No dia: somente dieta líquida clara (água, água de coco, chás claros, suco coado, bebidas isotônicas claras).

RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES

A Colonoscopia é um exame muito solicitado atualmente, tanto na investigação dos sintomas intestinais como na prevenção do câncer de cólon. O exame tem duração aproximada de 50 minutos, incluindo a recuperação da sedação e a liberação do paciente, podendo variar conforme cada caso.

O preparo adequado do intestino é essencial para a qualidade do exame. Solicitamos que siga rigorosamente as orientações fornecidas no momento do agendamento e leia atentamente as instruções a seguir:

- Preencha a ficha de avaliação pré-anestésica, essencial para a realização do exame em regime ambulatorial. Acesse: gastroendo.com.br/avaliacao-pre-anestésica. O preenchimento deve ser realizado em até 72 horas antes do horário agendado para o exame.
- **Acima dos 70 anos** é necessário trazer o **risco cirúrgico** para **ambiente ambulatorial**. A execução do exame é realizada com sedação venosa efetuada por anestesilogista, **sendo o preparo intestinal em casa**.
- A princípio, na maioria das vezes, o preparo pode ser realizado em casa, não havendo necessidade de internação hospitalar, desde que não haja nenhuma contraindicação atestada após a avaliação do seu médico assistente. Consulte-o.
- Em caso de **alergia** comprovada à **látex**, o exame deverá ser realizado somente em ambiente hospitalar, portanto **NÃO** poderá ser realizado em nossa clínica.
- Caso tome algum medicamento **antiagregante plaquetário** ou **anticoagulante**, como, por exemplo, Ticlid®, Plavix®, Marevan®, Xarelto® entre outros, **consulte o seu médico assistente** sobre a possibilidade de suspensão e o tempo necessário. AAS® e Aspirina® podem ser mantidos.
- Se for **diabético(a)**, seu exame deverá ser agendado, **preferencialmente no turno da manhã**, e o(a) senhor(a) **NÃO** deverá tomar as medicações para diabetes no dia da realização do seu exame. Consulte seu médico sobre a possibilidade de suspender essa medicação.
- **Medicações para hipertensão, colesterol, asma ou bronquite, depressão ou ansiedade**, devem ser continuadas, mesmo no dia do exame.
- Caso utilize **medicações que interfiram no esvaziamento gástrico**, como, por exemplo, Ozempic®, Mounjaro®, Rybelsus®, Trulicity® e Wegovy®, devem ser suspensas 21 dias antes do exame. Victoza® e Saxenda® devem ser suspensos 48 horas antes do exame.
- Se fizer uso regular de **laxantes**, manter o uso até a véspera do exame.
- Caso utilize aparelhos noturnos (CPAP ou BIPAP), deverá trazê-los no dia do exame.
- Use roupas confortáveis e fáceis de vestir. Não venha com pertences de metal.
- É obrigatório no dia do exame apresentar o pedido médico original, carteira do convênio e documento de identificação com foto. Não nos responsabilizamos por eventual restrição de seu plano de saúde na autorização de exames e procedimentos no dia do seu atendimento.
- Traga exames recentes, como colonoscopia anterior, exames de sangue, eletrocardiograma e raio X de tórax.
- Respeitando critérios de segurança e as normas da legislação brasileira (RDC nº 6, de 10 de março de 2013), é obrigatório **vir acompanhado de uma pessoa maior de 18 anos e capaz. É proibido dirigir** e realizar tarefas laborais.

Apesar de todas as medidas efetuadas na GASTROENDO para reduzir os riscos relacionados à colonoscopia, este exame não é isento de complicações. Estas podem estar relacionadas ao preparo de cólon, à sedação, e ao próprio exame. As complicações relacionadas à colonoscopia variam desde um desconforto abdominal devido ao ar insuflado até a perfuração do cólon, que é rara, mas quando acontece, pode haver um tratamento cirúrgico. As principais complicações estão listadas no “consentimento informado” que lhe é apresentado antes do exame, e os nossos médicos estão à disposição para qualquer esclarecimento.

Caso apresente alguma dúvida relacionada ao exame ou ao seu preparo, comunique-se com um dos nossos atendentes no horário comercial, na unidade que irá realizar o seu exame. Eles o colocarão em contato, quando necessário, com um dos nossos médicos. Caso haja necessidade de falar com a equipe médica após o horário comercial, ligue para o nosso **telefone de emergência (21) 99924-6682**.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE COLONOSCOPIA

Identificação do paciente, representante legal ou acompanhante:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade: _____ Órgão expedidor: _____

Declaro que a clínica Gastroendo explicou-me e eu entendi que será realizada uma Colonoscopia, indicada pelo médico assistente. Estou ciente de que este exame será realizado por meio de um tubo fino flexível (colonoscópio), que será introduzido pelo ânus do paciente, após sedação profunda. A visualização será realizada por um vídeo monitor da mucosa do reto, cólon e, eventualmente, íleo.

Estou também ciente de que este exame será realizado sob sedação profunda, efetuada por um médico anestesiológico, com monitoração cardíaca e ventilatória, associada a uma analgesia exigida pela natureza desconfortável do procedimento.

A realização deste exame poderá trazer ao paciente os seguintes benefícios: diagnóstico preciso e precoce de várias doenças intestinais, além de permitir intervenções terapêuticas cirúrgicas, evitando assim em muitos casos a realização de cirurgia convencional.

Estou ciente dos riscos e/ ou complicações mais frequentes relacionados ao exame e ao seu preparo, incluindo: desidratação, hipotensão, dor e distensão abdominal, febre, bacteremia espontânea, sangramento e, em um percentual muito baixo, perfuração intestinal. Compreendi que estas e outras complicações podem necessitar de tratamento cirúrgico e/ ou de internação prolongada em um centro de terapia intensiva. Estou ciente, também, dos riscos e complicações relacionados ao procedimento anestésico, incluindo hipoxemia, broncoaspiração e flebite.

Compreendi que o exame pode não ser realizado ou ser interrompido antes da sua conclusão por dificuldades técnicas ou preparo inadequado do cólon e que, em alguns casos, algumas pequenas lesões podem não ser detectadas.

Autorizo qualquer outro procedimento, exame ou tratamento, em situações imprevistas, que possam ocorrer durante o presente procedimento, como polipectomias e/ ou mucosectomias, as quais necessitam de cuidados diferentes do proposto inicialmente.

Autorizo, também, a realização de fotos e/ ou vídeos para documentação do exame, que poderão ser utilizados com finalidade científica, respeitando os critérios de confidencialidade e sigilo impostos pela legislação vigente.

Declaro que estou satisfeito e compreendi as informações recebidas. Tive a oportunidade de fazer perguntas e, quando fiz, obtive respostas de maneira satisfatória. Possui a chance de entrar em contato com um médico da equipe Gastroendo, por meio do(a) recepcionista, para possuir informações adicionais. Entendi também que posso revogar este consentimento, sem dar nenhuma explicação, a qualquer momento, antes da realização do procedimento. Desta forma dou o meu consentimento para a realização deste procedimento.

Rio de Janeiro, ____/____/____

Paciente ou representante legal_____
Médico_____
Testemunha

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANESTESIA**

Identificação do paciente, representante legal ou acompanhante:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade: _____ Órgão expedidor: _____

1. Autorizo o anesthesiologista abaixo identificado a realizar SEDAÇÃO, em mim ou paciente pelo qual sou responsável, para realização de: () videoendoscopia digestiva alta com ou sem procedimentos
() videocolonosopia com ou sem procedimentos
2. Os benefícios e principais aspectos da técnica escolhida e as alternativas foram comigo discutidas.
3. Embora a anestesia moderna seja muito segura, não está isenta de riscos. Poderão ocorrer, raramente, problemas cardíacos, respiratórios, alérgicos, náuseas, vômitos e broncoaspiração. Tenho consciência de que pode haver outros riscos ou complicações inesperados não discutidos ou incluídos neste documento. Entendo, no entanto, que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamento disponíveis no setor para o melhor resultado possível e caso necessário serei encaminhado a uma unidade hospitalar para continuidade do tratamento.
4. Declaro a veracidade das informações com relação ao preparo adequado, principalmente no que concerne o tempo de jejum, respeitando o intervalo mínimo de 4 horas para líquidos e água.
5. **Estou ciente que a realização da sedação está condicionada a haver um acompanhante maior de idade para me acompanhar até minha residência e que estou proibido de dirigir ou praticar qualquer atividade que exija equilíbrio ou atenção nas próximas 12 horas.**
6. Declaro que prestei todas as informações relativa às minhas alterações de saúde, presentes e passadas, clínicas, cirúrgicas, experiências e ou complicações com anestesia minhas e familiares, medicações em uso e hábitos (como tabagismo e uso de bebidas alcoólicas ou drogas). Qualquer omissão de minha parte poderá trazer prejuízos e/ou comprometer o resultado do procedimento.
7. Tive a oportunidade de fazer perguntas sendo respondidas de maneira clara e objetiva e não restando dúvidas, autorizo a realização do procedimento proposto.
8. Reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o procedimento, objetivo deste documento, se realize.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20____.

Nome do paciente ou responsável*_____
Anesthesiologista

*Responsável deve assinar em caso de paciente menor de idade (responsável legal) ou quando o paciente não tenha condições.

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de:

- () Situação de Emergência
() Recusa do Paciente
() Recusa do Responsável Legal