



PREPARO PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

- Jejum de 8 horas para alimentos sólidos. É permitido ingerir líquidos claros sem resíduos, tais como água, água de coco, chás claros, sucos coados e bebidas isotônicas, até 4 horas antes do horário agendado para o exame de Endoscopia digestiva alta.
- Suspender antiácidos líquidos 24 horas antes do exame.

RECOMENDAÇÕES:

- Respeitando critérios de segurança e 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 após o exame. Caso não possa vir acompanhado, o exame só poderá ser realizado sem sedação, apenas com anestesia tópica (spray) na garganta.
- É obrigatório no dia do exame apresentar o pedido médico original, carteira do convênio e documento de identificação com foto.
- Traga exames recentes, como, por exemplo, endoscopias anteriores, ultrassonografias, tomografias e exames de sangue.

OBSERVAÇÃO:

Se for diabético(a), seu exame deverá ser agendado, preferencialmente, nos primeiros horários da manhã, e o(a) senhor(a) não deverá tomar as medicações para diabetes no dia da realização do exame. Consulte seu médico assistente sobre a possibilidade de suspender essa medicação.



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Identificação do paciente, representante legal ou acompanhante:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade: _____ Órgão expedidor: _____

Declaro que a clínica Gastroendo explicou-me, e eu entendi, que o paciente deverá se submeter a uma endoscopia digestiva alta, indicada pelo seu médico assistente. Estou ciente de que este exame será realizado através de um tubo fino flexível (endoscópio), que será introduzido pela boca do paciente, após sedação consciente, e permitirá a visualização em um vídeo monitor da mucosa do esôfago, estômago e duodeno. Caso o médico julgue necessário, serão realizadas biópsias para colher material para exame histopatológico e pesquisa da bactéria *Helicobacter pylori*.

A realização deste exame poderá trazer ao paciente os seguintes benefícios: diagnóstico preciso e precoce de várias alterações do trato gastrointestinal alto e tratamento por via endoscópica de algumas lesões, permitindo, em alguns casos, intervenção terapêutica, evitando a realização de cirurgia convencional com estas finalidades.

Estou ciente dos riscos e/ ou complicações relacionados ao exame, incluindo: distensão abdominal, febre, bacteremia espontânea e, muito raramente, perfuração de algum órgão. Compreendi que estas e outras complicações são raras, mas que podem necessitar de tratamento cirúrgico e/ ou de internação prolongada em um centro de terapia intensiva. Estou de acordo que, em alguns casos, o exame não pode ser realizado ou concluído.

Estou ciente, também, dos riscos e complicações relacionados à sedação, incluindo hipoxemia, hipoventilação e flebite.

Autorizo a realização de qualquer outro procedimento, exame ou tratamento, como biópsias e/ou polipectomias, que possam ocorrer durante a endoscopia digestiva, e que necessitem 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 as fiz, obtive respostas de maneira satisfatória. Tive a oportunidade de entrar em contato com um médico da equipe da GASTROENDO, através do(a) recepcionista, para qualquer orientação adicional. Também estou ciente de 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 o procedimento endoscópico digestivo.

Rio de Janeiro, ____/____/____

Assinatura do paciente ou seu representante legal

Assinatura / carimbo do Médico

Testemunha