

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ORIENTAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DE ENTEROSCOPIA

1. O que é enteroscopia?

A enteroscopia é realizada para examinar o intestino delgado por meio da introdução por via anal ou oral de um aparelho flexível que ilumina o interior do órgão e possibilita a visão por meio de câmeras. Assim, a enteroscopia possibilita o diagnóstico de doenças destes órgãos e realização de procedimentos como biópsias e remoção de pólipos.

2. Como é feita?

Eventualmente é necessário preparo intestinal com laxantes e para isso siga as orientações cuidadosamente.

O exame é realizado com administração de sedativos e jejum de 8 horas para alimentos sólidos. Água pode ser ingerida até três horas antes do exame. Podem ser realizadas biópsias ou procedimentos para retirada de pólipos.

Devido ao emprego de sedativos, é obrigatória a presença de acompanhante e o paciente estará impossibilitado de dirigir automóveis no dia do exame.

3. Quais são os principais riscos?

A enteroscopia é um procedimento com baixas taxas de complicações, sendo as mais comuns:

- Desconforto abdominal após o exame;
- Dor e inflamação no local da injeção de sedativos;
- Náuseas e vômitos;
- A sedação poderá provocar depressão respiratória.
- Raramente podem ocorrer perfuração do intestino e sangramentos – eventualmente é necessário internação hospitalar ou tratamento cirúrgico. Sinais de alerta a serem observados:
 - Calafrios e temperatura maior que 38° C
 - Dor abdominal de forte intensidade

4. Cuidados após o procedimento nas primeiras 12 horas

- a. Dieta leve;
- b. A ingestão de bebidas alcoólicas deverá ser evitada;
- c. Restrição à atividade física;
- d. Não se pode dirigir ou trabalhar no dia do exame. Se necessário solicitar atestado médico;
- e. Não é comum a ocorrência de dor significativa, que necessite de tratamento. Caso ocorra dor podem ser usados analgésicos comuns, exceto aqueles que contenham ácido acetilsalicílico/aspirina.

Se houver qualquer suspeita de complicação ou dúvidas, ligue para a **Clínica Coy** ou para o médico que realizou seu exame. Caso procure o Pronto Atendimento, sempre entre em contato também com a **Clínica Coy** ou com o médico que realizou o seu exame. O telefone do médico será entregue com as orientações pós-exame e juntamente com o laudo.



5. Como retirar o resultado?

O resultado do exame será entregue no dia do exame e antes da liberação pela equipe médica. Se forem realizadas biópsias, o resultado das mesmas serão entregues na **Clínica Coy** após 14 dias do exame.

6. Sobre a Clínica Coy

A **Clínica Coy** dispõe de profissionais treinados e com experiência para que seu exame seja mais confortável. O processamento de limpeza e desinfecção está de acordo com as normas da Anvisa e nossos profissionais realizam treinamentos periódicos na Olympus, fabricante dos endoscópios utilizados. Treinamentos de toda equipe para a identificação e tratamento de intercorrências também ocorrem anualmente. As recepções da **Clínica Coy** são orientadas para encaminhar aos médicos quaisquer demandas ou dúvidas sobre os procedimentos antes ou após sua realização.

7. Termo de Compromisso do acompanhante:

Eu, _____,

RG: _____ responsável por acompanhar o paciente

após a alta do exame endoscópico realizado no dia ____/____/____ conforme orientações da equipe médica. Declaro ainda que recebi por escrito e entendi as orientações pós-exame.

Assinatura _____

8. Consentimento pós-informado: Paciente/ Responsável

Fui devidamente esclarecido(a) e informado(a) quanto aos riscos previsíveis, intercorrências inesperadas e cuidados pós-procedimento, tendo compreendido perfeitamente todas as questões e autorizado a realização do procedimento proposto no paciente: _____.

Nome: _____

RG: _____ Data: ____/____/____

Assinatura _____

9. Informativo Médico:

Expliquei de forma clara e objetiva todo o procedimento: exame e/ou tratamento a que o(a) paciente acima referido(a) está sujeito(a), e coloquei-me à disposição para qualquer esclarecimento adicional. Declaro que orientei o paciente seu acompanhante após o exame endoscópico. De acordo com o meu entendimento, o(a) paciente e/ou seu responsável tem condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome: _____ CRM: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____



Estas informações serão úteis para a realização de sua endoscopia. Caso haja qualquer dúvida não se preocupe, a **CLÍNICA COY** conta com equipe de enfermagem que poderá auxiliá-lo(a).

Nome _____ idade _____

Peso _____ kg. Altura _____ m Sexo M F Data de Nasc. ____/____/____

1- É portador de:

Cardiopatia sim () não ()

Hipertensão Arterial sim () não ()

Diabetes sim () não ()

Alergia sim () não ()

Problemas Respiratórios sim () não ()

Outros: _____

2- Faz uso de algum medicamento? sim () não ()

Qual? _____

3- Faz uso de algum anticoagulante? sim () não ()

AAS () ()

Aspirina () ()

Clopidogrel () ()

Marevan () ()

Marcoumar () ()

Heparina () ()

Clexane () ()

Outro _____

4- Gestante ? sim () não ()

Amamentação ? sim () não ()

5- Tem antecedentes de cirurgia abdominal? sim () não ()

Qual? _____

Data ____/____/____

Assinatura _____