

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ORIENTAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DE RETOSSIGMOIDOSCOPIA

### 1. O que é Retossi gmoi doscopi a?

A retossi gmoi doscopi a é reali zada para exami nar o reto e a parte fi nal do colon (i ntesti no grosso) por mei o da i ntrodução, por vi a anal, de um aparelho flexível que i lumi na o i nteri or do órgão e possi bi li ta a vi são por mei o de câmeras. Assi m, a retossi gmoi doscopi a possi bi li ta o di agnósti co de doenças destes órgãos e reali zação de procedi mentos como bi ópsi as e remoção de póli pos.

### 2. Como é fei ta?

É necessári o e essenci al preparo i ntesti nal com laxantes e para i sso si ga as ori entações cui dadosamente.

O exame é reali zado com admi ni stração de sedati vos e jejum de 8 horas para ali mentos sóli dos. Agua pode ser i ngeri da até três horas antes do exame. Podem ser reali zadas bi ópsi as ou procedi mentos para reti rada de póli pos.

Devi do ao emprego de sedati vos é obri gatóri a a presença de acompanhante e o paci ente estará i mpossi bi li tado de di ri gi r automóvei s no di a do exame.

### 3. Quai s são os pri nci pai s ri scos?

A retossi gmoi doscopi a é um procedi mento com bai xas taxas de compli cações, sendo as mai s comuns:

- Desconforto abdomi nal após o exame;
- Dor e i nflamação no local da i njeção de sedati vos;
- Náuseas e vômi tos;
- A sedação poderá provocar depressão respi ratóri a;
- Raramente podem ocorrer perfuração do i ntesti no e sangramentos – eventualmente é necessári o i nternação hospi talar ou tratamento ci rúrgi co. Si nai s de alerta a serem observados:
  - Calafri os e temperatura mai or que 38° C;
  - Dor abdomi nal de forte i ntensi dade.

### 4. Cui dados após o procedi mento nas pri mei ras 12 horas

- a. Di eta leve;
- b. A i ngestão de bebi das alcoóli cas deverá ser evi tada;
- c. Restri ção à ati vi dade fisi ca;
- d. Não se pode di ri gi r ou trabalhar no di a do exame. Se necessári o soli ci tar atestado médi co;
- e. Não é comum a ocorrênci a de dor si gni fi cati va, que necessi te de tratamento. Caso ocorra dor podem ser usados analgési cos comuns, exceto aqueles que contenham áci do aceti lsali cíli co/aspi ri na.

Se houver qualquer suspei ta de compli cação ou dúvi das, li gue para a **Clíni ca Coy** ou para o médi co que reali zou seu exame. Caso procure o Pronto Atendi mento, sempre entre em contato também com a **Clíni ca Coy** ou com o médi co que reali zou o seu exame. O telefone do médi co será entregue com as ori entações 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:

Explico de forma clara e objetiva todo o procedimento: exame e/ou tratamento a que o(a) paciente acima referido(a) está sujeito(a), e coloco-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 \_\_\_\_\_