



GASTROGERAIS
GASTROENTEROLOGIA & ENDOSCOPIA

1

**ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO SOBRE O EXAME.**

PACIENTE: _____

DATA NASCIMENTO: _____ IDADE: _____

RG ou CPF: _____ TEL: _____

CIDADE QUE RESIDE: _____

NOME DO ACOMPANAHANTE E RELAÇÃO COM O PACIENTE (PAI,
FILHO, AMIGO, VIZINHO ETC): _____

O presente Termo de Consentimento cumpre o dever ético de informar ao paciente e/ou seu responsável a respeito dos principais aspectos relacionados aos cuidados aos quais poderá ser submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico.

Declaro que fui esclarecido a respeito do procedimento, conforme a seguir:

O que é endoscopia digestiva alta? É um exame indicado para a avaliação diagnóstica e, quando possível, para o tratamento das doenças da parte superior do tubo digestivo, incluindo o esôfago, o estômago e o duodeno. Ele é realizado através da introdução de um aparelho flexível pela boca, que permite a visualização de todo o trajeto examinado. O procedimento, para ser mais confortável e tranquilo, é realizado com anestesia tópica (um spray de anestésico na garganta) e com sedação venosa, sendo que o médico ou as técnicas de enfermagem explicarão tudo ao paciente com antecedência. Um acompanhante deve estar **obrigatoriamente** disponível para ajudá-lo no trajeto de volta para casa.

Qual o preparo para o exame? Jejum completo por 8 horas. As medicações de uso contínuo podem ser tomadas após o procedimento. Caso você seja diabético, marque o exame para os primeiros horários do dia e deixe para fazer uso de

insulina ou dos hipoglicemiantes orais após o exame e à alimentação. Antes da EDA, é necessário o preenchimento da ficha de admissão e do termo de consentimento informado. O preparo na sala de exame é realizado com spray anestésico, administrado na garganta (lidocaína) e, a critério médico, o procedimento em geral é realizado com o auxílio da sedação venosa consciente moderada.

O que acontecerá durante o exame? O aparelho será introduzido pela boca e você poderá sentir um leve desconforto na garganta durante a passagem do tubo. A medicação injetada poderá ainda causar sensação de ardência no local da injeção e, se necessário, pequenas amostras de tecido (biópsias) podem ser colhidas durante o procedimento. Caso não haja intercorrência, a duração média da EDA é de 10 minutos. Após o exame, você será encaminhado à sala de recuperação, onde permanecerá até a liberação, que ocorrerá após avaliação médica.

Quais os riscos do procedimento? A endoscopia digestiva alta diagnóstica é um exame seguro. No entanto, como todo ato médico, ela não é isenta de riscos. A complicação mais frequente é flebite (dor e inchaço no trajeto da veia puncionada) que pode acontecer em até 5% dos casos. Complicações mais sérias são muito raras, ocorrendo em menos de 0,2% dos casos. As medicações utilizadas na anestesia/sedação podem provocar reações locais e sistêmicas de natureza cardio-respiratória, incluindo diminuição na oxigenação sanguínea e alterações no ritmo cardíaco (bradicardia e taquicardia) e na pressão arterial sistêmica (hipotensão e hipertensão). Esses parâmetros são monitorizados durante o exame com o uso de monitor de oxigenação sanguínea e de controle da frequência cardíaca. Complicações mais graves como perfuração e sangramento são excepcionais em exames diagnósticos.

É óbvio que a decisão final a respeito da realização do procedimento cabe ao paciente e/ou ao responsável. Contudo, é importante ressaltar que o exame é de fundamental importância para a condução do caso clínico e pode gerar grandes benefícios ao paciente. Sendo assim, é necessária a confirmação sobre a compreensão das informações prestadas e a autorização para realização da ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA e dos procedimentos dela derivados.

Eu afirmo que a proposta dos cuidados a mim apresentada, tais como benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas, foi explicada claramente pelo médico assistente e que tive a oportunidade de fazer perguntas,

que foram respondidas de forma satisfatória. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas tenho consciência de que todos os recursos técnicos, medicamentos e equipamentos disponíveis serão utilizados na busca do melhor resultado para o meu caso. Também estou ciente de que podem ocorrer complicações durante e/ou após os cuidados, assim como pode ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas.

Confirmando que compreendi e concordo com o que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de negar, anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse. Autorizo, portanto, a prestação de cuidados conforme prescrição médica.

Autorizo, em caso de acidente com materiais perfuro-cortantes (ou seja, uma agulha com meu sangue perfurar um médico ou enfermeira), de ter meu sangue colhido para avaliação laboratorial de pesquisa de vírus.

Autorizo a realização dos procedimentos prescritos pelo Dr.
_____, CRMMG_____.

ASSINATURA DO PACIENTE: _____

ASSINATURA DO ACOMPANHANTE: _____

SETE LAGOAS, DE _____ DE 20 _____ - HORA: _____ : _____ .

**INSTRUÇÕES IMPORTANTES ASEEM SEGUIDAS APÓS A SEDAÇÃO NA
REALIZAÇÃO DA ENDOSCOPIA**

- 1) NÃO DIRIGIR NENHUM TIPO DE VEÍCULO, NÃO ANDAR DE MOTO OU GARUPA E/OU BICICLETA OU GARUPA, NO DIA APÓS O EXAME.
- 2) FICAR ACOMPANHANDO DURANTE O DIA APÓS A ENDOSCOPIA, EVITANDO SAIR DE CASA (PARA FAZER COMPRAS, POR EXEMPLO).
- 3) ALIMENTAÇÃO DE FÁCIL DIGESTÃO E LÍQUIDOS DEVEM SER TOMADOS APÓS 1H DO EXAME, O PACIENTE ESTANDO ALERTA E COM DEGLUTIÇÃO NORMALIZADA.
- 4) NÃO TOMAR NENHUM TIPO DE BEBIDA ALCOÓLICA POR 24H
- 5) USAR APENAS OS MEDICAMENTOS HABITUAIS QUE TEM COSTUME OU FAZ USO DIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA, PERGUNTE AO MÉDICO ANTES DO EXAME.
- 6) EVITE TOMAR DECISÕES IMPORTANTES NO DIA DO EXAME, POIS PODE ESTAR AINDA SOB ALGUM EFEITO DOS MEDICAMENTOS.
- 7) EVITE TRAZER E/OU CUIDAR DE CRIANÇAS NO DIA DO EXAME.
- 8) DÚVIDAS ANTES OU DEPOIS DO EXAME, FAVOR ENTRAR PRONTAMENTE EM CONTATO COM A CLÍNICA GASTROGERAIS NO 3776-8888

ASSINATURA PACIENTE: _____

ASSINATURA ACOMPANHANTE: _____

SETE LAGOAS: ____/____/_20____.