

ESADI – Espaço de Saúde do Aparelho Digestivo

Unidade de Endoscopia

Diretor Técnico: Dr. Edson Pedro da Silva – CRM/SC 1434

Rua Marechal Floriano Peixoto, 300 – Sala 307 – Anexo ao Hospital Santa Isabel Fone / Fax (47) 3222-0432
endoscopia@esadi.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
ENDOSCOPIA DIGESTIVA SOB ANESTESIA GERAL

Paciente:

Acompanhante / Responsável:

Data e Horário do Exame:

Médico Examinador:

1. Eu recebi, li e discuti com o médico da Esadi as informações sobre o procedimento denominado Endoscopia Digestiva Alta sob Anestesia Geral. Entendi que será realizado um exame indicado pelo meu médico assistente que envolve a passagem de um aparelho através da boca para avaliação do interior do esôfago, estômago e duodeno e que há indicação médica para realizá-lo sob anestesia geral. Compreendi que durante o exame poderão ser realizadas biópsias, polipectomias e escleroses, quando julgadas necessárias pelo médico examinador.
2. Estou ciente de que biópsia consiste na retirada de pequenos fragmentos da mucosa do esôfago, estômago ou duodeno para avaliação histológica (exame com microscópio); polipectomia significa a retirada de pólipos (elevações da mucosa que podem ter a aparência de verrugas) e esclerose se refere à injeção de substâncias em vasos sanguíneos ou em lesões com o objetivo de conter ou prevenir hemorragias.
3. Tenho ciência de que o exame poderá ser incompleto ou insatisfatório (podendo estar indicada sua repetição) se houver a presença de restos alimentares em quantidade significativa no estômago. O jejum de 12 horas e a sugestão de evitar refeições copiosas na noite que precede o exame têm como objetivo garantir que o estômago esteja vazio no momento de sua realização, porém em pessoas com esvaziamento do estômago alterado (por problemas na função propulsora do órgão ou por obstruções), pode haver presença de alimentos em quantidade suficiente para comprometer a segurança e a qualidade do exame e obrigar sua interrupção e repetição sob melhores condições. Obstruções que impedem a passagem do aparelho também levam à incapacidade de examinar toda a extensão proposta.
4. Estou ciente de que a anestesia geral será feita por médico anestesista, estando o procedimento anestésico sob sua exclusiva responsabilidade. Conforme orientado, farei consulta prévia com este médico para avaliação do risco e adequado planejamento do ato anestésico. Estou ciente de que o médico endoscopista será responsável somente pelos procedimentos endoscópicos e que os mesmos só serão realizados se e quando o médico anestesista permitir.

5. Sei que existe risco de sangramento durante o exame e até alguns dias após o mesmo, principalmente se procedimentos como polipectomias ou escleroses forem realizados. O risco é muito baixo, porém existe. Por isto, informei ao médico endoscopista se faço uso de anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, antiinflamatórios e se sou portador(a) de alguma condição que comprometa a coagulação adequada do sangue. Da mesma forma, sei que existe um risco, também muito baixo, de perfuração do esôfago, estômago ou duodeno. Estou ciente de que a equipe médica da Esadi está preparada para tratar adequadamente eventuais complicações e de que o exame será feito em ambiente hospitalar para maior segurança.
6. Fui informado(a) de que após o exame poderei sentir náuseas, estufamento e cólicas causados pela presença de gases no intestino ou dor de garganta relacionada à passagem do aparelho. Sei que são sintomas habitualmente leves e passageiros quando ocorrem, e que devo entrar em contato com a equipe da Esadi na ocorrência de dor mais intensa ou de outros sintomas que exijam atenção médica.
7. Compreendi que, para realizar o exame, deverei estar acompanhado(a) por pessoa adulta apta a me levar para casa e que o médico examinador se negará a realizar o procedimento se tal norma não for observada. Entendi que não estarei apto(a) a conduzir veículos, operar máquinas ou realizar trabalhos que exijam lucidez por um período de 12 horas e que somente serei liberado(a) das dependências do Hospital quando a equipe da Esadi e o médico anestesista determinarem que há condições clínicas para alta. Fui alertado(a) para a possibilidade de não recordar parcial ou totalmente do que ocorreu após a administração da anestesia, portanto deverei evitar telefonemas, conversas e decisões importantes durante o período de recuperação.
8. Declaro que li e compreendi o conteúdo deste documento, dirimi eventuais dúvidas com a equipe médica, e autorizei a equipe Esadi a realizar o procedimento acima mencionado. Sei que ainda posso recusar a realização do exame, cancelando este termo de consentimento informado antes da realização do procedimento.

Paciente – assinatura

Acompanhante – assinatura