

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
GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA

Paciente:

Acompanhante / Responsável:

Data e Horário do Exame:

Médicos Examinadores:

1. Eu recebi, li e discuti com o médico da Esadi as informações sobre o procedimento denominado Gastrostomia Endoscópica Percutânea. Entendi que será realizado um procedimento, indicado pelo meu médico assistente, que consiste na instalação de uma sonda que conduzirá os nutrientes diretamente ao estômago através de um orifício feito na parede do abdome com auxílio da endoscopia. A endoscopia é um exame que consiste na passagem de um aparelho através da boca, possibilitando a avaliação e a realização de procedimentos no interior do esôfago, estômago e duodeno.
2. Compreendi que os requisitos de segurança necessários para a realização do procedimento serão checados através das avaliações prévias do abdome pelo exame clínico e do trato digestivo superior (esôfago, estômago e duodeno) pela endoscopia digestiva alta. A presença de lesões de pele no local proposto para a instalação da sonda, a suspeita de aderência local de vísceras vizinhas (p.ex. decorrente de cirurgias prévias em andar superior de abdome), a presença de lesões na parede do estômago ou obstruções do aparelho digestivo, estado clínico muito debilitado ou condições técnicas inapropriadas podem ser motivo para suspensão da realização do procedimento, temporaria ou definitivamente.
3. Sei que, no preparo para o exame, um líquido anestésico local será borrifado na garganta para evitar esforço de náuseas e vômitos durante a passagem do aparelho, tornando-a mais fácil e confortável e que será administrada uma dose de antibiótico antes do procedimento para diminuir o risco de infecção.
4. Estou (estamos) ciente(s) de que o procedimento será realizado sob sedação profunda, sendo utilizada uma substância chamada propofol, administrada por médico anestesiológista da AnesteClin, sendo necessário a realização de avaliação antes do exame por este profissional, o que poderá ser feito, conforme o caso e as condições clínicas, em seu consultório ou no ambiente em que será realizado o procedimento, momentos antes do mesmo, onde, a fim de prevenir a afastar eventuais problemas, prestarei (mos) todas as informações relativas às condições médicas, físicas, psicológicas da minha pessoa (do paciente), informações estas que serão transcritas para a Ficha de Avaliação Pré-Anestésica;
5. Estou (estamos) ciente(s), através de informações do médico anestesiológista, dos riscos inerentes e naturais da sedação profunda;

6. Reconheço (reconhecemos) que o(s) médico(s) anestesiológico(s) que aplicará(rão) a sedação profunda exerce(m) atividade do meio, ou seja, obriga-se a prestar seus serviços da melhor forma e condições que lhe forem possíveis, agindo com a melhor técnica, zelo profissional e diligência em busca de seus objetivos;
7. Estou (estamos) informado(s) de que, apesar de raras, complicações relacionadas à sedação profunda, uso de antibióticos ou à anestesia da garganta podem acontecer: dor ou inflamação no local de aplicação da injeção, reações alérgicas ou problemas cardiorrespiratórios. Assim, informei (informamos) ao médico examinador se sou (o paciente) alérgico(a) a medicamentos, se tenho problemas cardíacos ou respiratórios ou se tenho experiência anterior de problemas em procedimentos que tenham envolvido sedação, anestesia geral ou uso de anestésicos locais. Sei que existe risco de sangramento em procedimentos como biópsias, polipectomias e escleroses, podendo ocorrer durante o exame ou até alguns dias após o mesmo. O risco é muito baixo porém existe. Por isto, informei ao médico examinador se estou em uso de anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, anti-inflamatórios ou se sou portador(a) de alguma condição que compromete 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 serei examinado(a) em ambiente hospitalar para maior segurança.
8. Fui informado(a) de que existe risco de sangramento, que pode ocorrer durante ou mesmo alguns dias após o procedimento. Assim, informei ao médico examinador o uso de anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, anti-inflamatórios ou a presença de alguma condição que comprometa a coagulação adequada do sangue.
9. Da mesma forma, fui informado(a) de que existe risco de perfuração de algum órgão que possa estar localizado entre o estômago e a parede abdominal no momento da colocação da sonda. A endoscopia e a avaliação clínica da parede abdominal são efetuadas antes de se realizar o procedimento (conforme descrito anteriormente) para diminuir esta possibilidade; no entanto um risco baixo de perfuração existe mesmo com a avaliação pré-procedimento tendo sido adequadamente realizada. A perfuração pode levar ao desenvolvimento de uma fístula (comunicação anormal entre duas estruturas, no caso mais comumente entre o estômago e o intestino), que em alguns casos pode ser reconhecida semanas a meses após a realização do procedimento.
10. Estou ciente ainda de que há riscos de aspiração de conteúdo gástrico (durante o procedimento ou em qualquer momento após a colocação da sonda por refluxo da dieta administrada) com consequente pneumonia e necessidade de uso de antibióticos e de peritonite (inflamação do peritônio, membrana que reveste internamente o abdome), geralmente decorrente de deslocamento prematuro da sonda, o que pode requerer uso de antibióticos e eventualmente cirurgia. Infecções de pele no local de inserção da sonda são outra possibilidade, podendo requerer uso de antibióticos, drenagem de secreções (pus) e eventualmente a retirada da sonda.
11. Fui informado(a) de que pode ocorrer o deslocamento da sonda, seja na direção do interior do estômago na direção inversa, e que isto pode predispor a complicações como infecções, vazamentos ou mau funcionamento da sonda. Assim, devo sempre observar seu posicionamento, sendo que em caso de dúvida fui orientado a evitar a administração da alimentação e entrar em contato com a equipe Esadi.
12. Também estou ciente de que a equipe médica da Esadi está preparada para tratar adequadamente eventuais complicações e de que o(a) paciente será examinado(a) em ambiente hospitalar para maior segurança.
13. Fui informado(a) de que após o exame poderá haver dor, 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.

14. Fui informado(a) sobre os cuidados com a sonda e sei que outro profissional (Nutricionista) será o responsável pela orientação alimentar.
15. Declaro que li e compreendi o conteúdo deste documento, dirimi eventuais dúvidas com a equipe médica, e que autorizei a equipe Esadi a realizar o procedimento acima mencionado. Sei que ainda posso recusar sua realização cancelando este termo de consentimento informado antes do procedimento.

Paciente ou Responsável – assinatura

Testemunha – assinatura