

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
COLONOSCOPIA

Paciente:

Acompanhante / Responsável:

Data e Horário do Exame:

Médico Examinador: Dr. Juliano Coelho Ludvig

1. Eu recebi, li e discuti com o médico da Esadi as informações sobre o procedimento denominado Colonoscopia. Entendi que serei submetido(a) a um exame indicado pelo meu médico assistente que envolve a passagem de um aparelho através do ânus para avaliação do interior do intestino grosso e da região final do intestino delgado (o íleo terminal). Compreendi que durante o procedimento 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 intestino 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 algumas lesões não poderão ser vistas se o preparo intestinal não for satisfatório, ou seja, se ainda houver grande quantidade de fezes no intestino no momento do exame. Neste caso, poderá haver necessidade de suspensão do procedimento e reagendamento com preparo intestinal adequado. Obstruções que impedem a passagem do aparelho também levam à incapacidade de examinar toda a extensão proposta. Fui informado(a) de que, de acordo com condições técnicas e anatômicas, pode ser impossível avaliar toda a extensão planejada: a progressão do aparelho pode ser prejudicada em pessoas que possuem o intestino muito tortuoso e dilatado, por exemplo.
4. Sei que, no preparo para o exame, farei uso de laxantes para que o intestino esteja livre de resíduos fecais, possibilitando o exame de suas paredes. Fui informado(a) de que o uso dos laxantes pode trazer desconfortos como náuseas, vômitos e cólicas abdominais.
5. 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;

6. Estou (estamos) ciente(s), através de informações do médico anestesiológico, dos riscos inerentes e naturais da sedação profunda;
7. 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;
8. Estou informado(a) de que, apesar de raras, complicações relacionadas à sedação profunda podem acontecer: dor ou inflamação no local de aplicação da injeção, reações alérgicas ou problemas cardiorrespiratórios. Assim, informei ao médico examinador se sou alérgico(a) a medicamentos, se tenho problemas cardíacos ou respiratórios ou se tenho experiência anterior de problemas em procedimentos que tenham envolvido sedação.
9. 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, suspendi 5 dias antes do exame o uso de anticoagulantes, antiagregantes plaquetários e anti-inflamatórios e informei ao médico examinador 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 intestino. 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.
10. Fui informado(a) de que após o exame poderei sentir náuseas, estufamento ou cólicas causados pela presença de gases no intestino. 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 outros sintomas que exijam atenção médica.
11. Compreendi que, para realizar o exame sob sedação, deverei estar acompanhado(a) por adulto apto a me levar para casa após o procedimento 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 4 horas e que somente serei liberado(a) das dependências da clínica quando a equipe da Esadi determinar que estou em boas condições clínicas para alta. Fui alertado(a) para a possibilidade de não recordar parcial ou totalmente do que ocorreu após a administração da sedação (esta é uma ação do sedativo), portanto devo evitar telefonemas, conversas e decisões importantes durante o período de recuperação.
12. 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 me recusar a ser submetido ao exame, cancelando este termo de consentimento informado antes da realização do procedimento.

Paciente – assinatura

Acompanhante – assinatura