

ORIENTAÇÕES E TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE COLONOSCOPIA E PROCEDIMENTOS RELACIONADOS.

Você foi encaminhado por seu médico para a realização do exame de colonoscopia. Inicialmente será realizada sedação, com a injeção de medicamentos na veia, fazendo você dormir. Isso permitirá que você não sinta dor ou desconforto durante o exame. Em seguida será introduzido através do ânus um aparelho chamado endoscópio, que permitirá ao médico endoscopista realizar uma avaliação detalhada do reto (parte final do intestino), de todo o intestino grosso e dos últimos centímetros do intestino delgado. Para isso é muito importante que você tenha realizado o preparo adequadamente, conforme foi orientado com antecedência. É necessário um preparo com limpeza adequada do intestino, pois a presença de resíduos impede um exame completo. A repetição da colonoscopia pode ser indicada se o preparo não tiver sido suficiente.

A colonoscopia permite diagnosticar inflamações, estreitamentos, tumores e pequenos nódulos chamados pólipos. Durante o exame pode ser necessária a realização de biópsias, retirada de minúsculos fragmentos de tecido para exame microscópico, que será encaminhado ao laboratório de anatomia patológica para ser examinado posteriormente. A maioria dos pequenos nódulos chamados pólipos devem ser removidos quando encontrados, pois alguns deles podem sofrer degeneração no futuro e originar um câncer. Em alguns casos de pólipos maiores pode não ser adequada a retirada imediata da lesão. Nesta situação o médico encaminhará você para uma avaliação e deixará para programar a retirada do pólipo outro dia, conforme a necessidade de cada caso. Raramente pode haver alterações do formato do intestino, e não ser possível o exame de todo o intestino grosso.

O risco de ocorrer complicações durante a colonoscopia é muito pequeno. A grande maioria dos pacientes são submetidos ao exame sem maiores dificuldades. Mas raramente pode ocorrer desconforto ou dor na barriga, sangramento, inflamações, perfuração intestinal e complicações relacionadas à sedação como pequena inflamação ou equimose (manchas de sangue) no local da punção venosa, insuficiência respiratória, problemas cardiológicos ou reações alérgicas. Apesar de raro, para tratar essas complicações pode ser necessário internação hospitalar, cuidados de terapia intensiva, transfusão sanguínea ou cirurgia. É muito raro o risco de morte em decorrência de complicações graves.

É muito importante você fornecer corretamente todas as informações sobre seu estado de saúde, que serão perguntadas pela equipe médica.

Você deverá estar acompanhado de um adulto responsável. Não poderá dirigir, estar de carona de moto, ou ir embora sozinho. Não deverá ingerir bebidas alcoólicas ou realizar esforço físico no dia do exame. Após o exame coma alimentos de fácil digestão, evitando gorduras e frituras em excesso, e seguindo as orientações do seu médico ou da equipe que realizou o exame.  Siga a orientação de dieta especifica, quando o médico assim orientar.

Após o exame você ficará algum tempo em observação e será liberado quando recuperar totalmente sua condição clínica. Ao ser liberado você deverá estar acompanhado de um adulto, pois não poderá andar sozinho, dirigir veículos ou operar máquinas de risco nas primeiras **24** horas em seguida o exame. Após retornar para casa, se você apresentar algum problema como dor forte no abdome, febre, calafrios ou evacuação com sangue, deverá entrar em contato com a equipe do Serviço de Endoscopia pelos números (48) 3229-7715 e 32248899 ou dirigir-se ao Pronto Atendimento do Hospital Baia Sul trazendo o relatório do exame, que foi entregue antes de sua liberação.

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que li e compreendi as informações acima, que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pela equipe médica e de enfermagem da Unidade de Endoscopia, que as informações que forneci estão corretas. Seguirei todas as orientações recebidas, declarando que se não fizer isso, assumirei toda a responsabilidade por consequentes complicações de meus atos. Autorizo a utilização das informações relativas a este exame para estudos médicos científicos, desde que minha identificação não seja divulgada.Sei que posso cancelar este consentimento a qualquer momento, antes do exame.

Ass.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

   Nome legível do paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ass.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

    Nome legível do acompanhante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_