☐ Dr. Felipe Paludo Salles
☐ Dr. Francisco J. Salfer do Amaral
☐ Dr. Francisco Luis Altenburg
☐ Dr. Gustavo Rigon Narciso

ProGastro

☐ Dr. João Abrão Faiad Junior
☐ Dr. Patrick Hoepfner
☐ Dr. Rafael A. Selbach

Endoscopia | Proctologia | Gastroenterologia | Cirurgia Aparelho Digestivo | Obesidade

QUESTIONÁRIO PARA COLONOSCOPIA

1 - Nome _____ Data de nascimento: _____/_____/_____.

2 - Idade_____ Peso _____ Sexo _____Telefone: ( )_____.

3 - Profissão _____ Plano de Saúde: _____Data do exame: _____/_____/_____.

4 - Qual a indicação do exame _____.

5 - Já realizou esse exame antes?_____ Onde? _____

6 - TEM ALERGIA A ALGUM MEDICAMENTO? ( ) NÃO ( ) SIM – Nome do medicamento: _____.

7 - TEM ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE?

( ) Problema do coração ou do pulmão – qual problema: _____

( ) Doença infectocontagiosa – qual: _____

( ) Problema da coagulação do sangue – qual problema: _____

( ) Outros problemas de saúde – quais: _____

7 - Utiliza algum tipo medicamentos ? ( ) Não ( ) Sim, qual?

( ) Calmantes ( ) Insulina ( ) Hipertensão

( ) Hipoglicemiantes ( ) Medicamentos para o coração ( ) Antidepressivo

Outros _____.

TOMA <u>TODOS OS DIAS</u> ALGUM DOS MEDICAMENTOS ABAIXO?

AAS (Ácido acetilsalicílico), Aspirina, Bufferin, Somalgin ( )NÃO ( ) SIM

Ticlopidina, Ticlid, Ticlobal, Clopidogrel, Plavix, Iscover ( )NÃO ( ) SIM

Marevam, Coumadin, Marcoumar, Warfarina ( )NÃO ( ) SIM

Se toma alguns dos medicamentos acima, parou nos últimos 7 dias? ( ) NÃO ( ) SIM

8 - Faz uso de: ( ) Marca passo ( ) Prótese metálicas

9 - Realizou alguma cirurgia? Localização: ( ) Abdominal ( ) Cardíaca ( ) Anal Outras _____ .

10 - Necessita de atestado ( ) Sim ( ) Não Obs. _____.

<u>PREENCHER NO DIA DO EXAME:</u>

11 - Teve dificuldade para fazer o preparo ( ) Sim ( ) Não

12 - Sintomas: ( ) Dor ( ) Cólicas ( ) Sangue ( ) Pus ( ) Vômitos ( ) Distensão do abdome

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Medicação utilizada para sedação: Dolantina: _____mg Fentanil:_____mcg Midazolam:_____mg

_____

_____

_____

_____

_____

CARIMBO DOS PROFISSIONAIS:

www.progastrojoinville.com.br
Rua Alexandre Döhler, 129 • Sala 605, 6º Andar • Centro Médico União
Fone: (47) 3422-4545 • CEP: 89201-260 • Joinville / SC

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZACAO DE COLONOSCOPIA

Eu _____ ou seu responsável Sr(a)_____ através deste instrumento particular, para todos os fins legais, que está ciente que será submetido(a) a uma **COLONOSCOPIA** solicitada pelo médico assistente e que foram claramente esclarecidos e explicados os benefícios do procedimento, assim como os riscos e as potenciais complicações, pormenorizados nos parágrafos abaixo:

DEFINIÇÃO DE COLONOSCOPIA: É um exame endoscópico destinado ao diagnóstico de doenças do reto, do cólon (intestino grosso) e do íleo terminal (porção final do intestino delgado). É realizado através do equipamento denominado colonoscópio, o qual chega até o interior do intestino através do ânus. Para realização do exame é necessário um preparo (limpeza) do intestino e, frequentemente, a sedação por via intravenosa.

Alguns procedimentos podem ser decididos no momento do exame de acordo com os achados, conforme explicados a seguir:
- biópsia (retirada de um ou mais fragmentos da mucosa)
- polipectomia (retirada um ou mais pólipos)
- mucosectomia (retirada de alguma lesão da mucosa intestinal ou pólipos planos)

IMPORTANTE: os exames realizados em caráter particular não cobrem estes procedimentos, sendo que os valores destes deverão ser pagos após a realização do exame caso tenham sido realizados.

Foi esclarecido que, quando os procedimentos acima mencionados forem necessários, há risco de complicações, tais como: sangramento, infecção, ulceração, estenose, perfuração (em torno de 0,1% dos casos). Que, embora pouco frequentes, são sérias e podem necessitar de transfusão sanguínea ou procedimentos adicionais como hospitalização ou cirurgia de urgência, visando minha segurança e benefício, de forma a controlar e curar o problema. Também foram esclarecidos os procedimentos envolvidos como:

PREPARO INTESTINAL: as orientações são fornecidas na ocasião da marcação do exame. O resultado do preparo pode ser insatisfatório ou insuficiente (ruim) o que pode condicionar a suspensão da colonoscopia porque prejudica seu resultado e compromete sua segurança. Neste caso é necessário um novo preparo e uma nova marcação para realização do procedimento. Todas as orientações devem ser rigorosamente observadas, sob risco de resultar em um preparo ruim. Desidratação ou hipotensão arterial leve podem ocorrem, e por este motivo, os pacientes idosos ou debilitados deverão estar acompanhados durante o preparo evitando assim risco de queda. Nos casos em que a ocorrer de vômitos e/ou distensão do abdome importante, o paciente deve: interromper o preparo e entrar em contato com a clínica.

SEDAÇÃO VENOSA: É a administração de medicação sedativa, por via intravenosa e acompanhada de monitorização dos sinais vitais necessários para a realização do exame. Os riscos potenciais associados à sedação venosa são: flebite, reação à medicação e problemas cardiorrespiratórios, que ocorrem em menos de 0,1% dos casos. Por este motivo é **OBRIGATÓRIA** a presença de um acompanhante **MAIOR DE IDADE** para assegurar a saída do paciente, que estará impossibilitado de dirigir, de voltar de carona de moto e de assumir compromissos de trabalho ou estudo neste dia.

Declaro que todas essas informações me foram fornecidas com clareza, que tive a oportunidade de fazer todas as indagações sobre o procedimento e palavras técnicas que porventura não entendi, e que foram prontamente respondidas e esclarecidas todas as minhas dúvidas, inclusive quanto à possibilidade de óbito em razão de alguma complicação.

Declaro que informei todos os dados referentes a minha saúde, incluindo as medicações em uso e histórico de reações alérgicas, e tenho ciência que a omissão destes dados podem prejudicar a segurança do exame.

Declaro que o presente documento tem a função principal de me informar sobre os benefícios e, principalmente, sobre os riscos de complicações que estão envolvidos, sendo que há possibilidade de outras complicações que não estão necessariamente descritas no presente termo.
Entendi que o objetivo deste documento é a segurança e qualidade dos procedimentos.

Declaro que entendi que, a qualquer momento e sem prestar qualquer explicação, posso revogar este consentimento, antes da realização do procedimento, e que tenho ciência que os procedimentos caracterizados como urgência ou emergência serão realizados a critério médico, em meu benefício, ficando desde já autorizados.

_____ Local

_____/_____/_____ Data

_____

Nome legível do paciente ou responsável