 Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

IDENTIFICAÇÃO
NOME DO PACIENTE:
DATA DE NASCIMENTO:
CPF OU RG:
NOME DA MÃE DO PACIENTE:
NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:
CPF OU RG DO RESPONSÁVEL:
NOME DO MÉDICO:
CRM DO MÉDICO:

O PACIENTE ou o seu RESPONSÁVEL formaliza o presente termo de consentimento, declarando ter recebido as informações abaixo descritas:

1 – Endoscopia Digestiva Alta ou Esofagogastroduodenoscopia

É o exame que permite visualizar o esôfago (estrutura que liga a boca ao estômago), estômago e duodeno (considerada a primeira parte do intestino delgado). Realizado pela introdução de um tubo flexível, através da boca, geralmente sob sedação. Esse tubo contém uma lente, luzes e um canal por onde o médico poderá coletar material ou realizar algum tratamento.

2 – Como Marcar o Exame

1. Trazer o pedido do exame. No caso de convênios, trazer essa solicitação devidamente autorizada;
2. Seu exame será agendado e você será informado da data e do horário;
3. Local para realização do exame: HOSPITAL BRUNO BORN;
4. Cerca de uma hora antes do exame, você deverá se apresentar na recepção do hospital com a solicitação do exame. Neste momento você será orientado e conduzido para o setor onde a endoscopia será realizada.


3 – Preparo

O estômago deverá estar vazio. **Não coma e não beba nada durante as 8 horas antes do exame (adulto e criança)**. O horário do início do jejum depende do horário marcado para a realização do exame. Um jejum adequado evita riscos de bronquioaspiração, ou seja, passagem do suco gástrico para o pulmão, que poderá resultar em pneumonia. As medicações podem ser tomadas com pequenos goles de água até 1 hora antes do horário agendado. Utilize calçado baixo e evite o uso de adornos como anéis, pulseiras, correntes, relógios e piercing. **Não tome antiácidos!**

Caso faça uso de *anticoagulantes** ou *antiagregantes** plaquetários, será necessário suspender o uso 7 dias antes do exame com autorização do médico solicitante.

**Anticoagulantes*: Marevan, Marcoumar, Clexane, Heparina, Lique mine, Flaxparine, Comadin e Dindevan.

**Antiagregantes*: Ticlid, Plavix, Ticlopidina, Disgren, Aas, Aas Prevent, Somalgin, Aspirina, Bufferin, Trental, Escover.

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

4 – Como é Realizada a Endoscopia Digestiva?

O médico e/ou enfermeira fará uma entrevista, investigando possíveis patologias, reações alérgicas, cirurgias anteriores e se já realizou exame de endoscopia anteriormente. Caso afirmativo, o laudo se faz necessário. Você precisará colocar uma vestimenta do hospital, remover seus óculos, lentes de contato e prótese dentária.

Na sala de exame você será colocado numa posição adequada. Será oferecida uma medicação oral para eliminar bolhas de ar, facilitando a visualização do estômago e duodeno. Um anestésico tópico (spray) poderá ser “borrifado” na sua garganta, que facilitará a passagem do aparelho. Um protetor plástico será colocado entre seus dentes para manter sua boca aberta durante o exame. Uma medicação para relaxar ou mesmo um anestésico será administrado na veia, momentos antes de iniciar o exame. Um tubo flexível, fino e pequeno será passado através de sua boca.

Faz parte do exame a pesquisa do *Helicobacter pylori*, sendo essa bactéria muito importante no desenvolvimento das alterações gastroduodenais.

Esse procedimento não causa dor.

Alguns tratamentos podem ser realizados pela endoscopia. Estes incluem dilatação de uma área estreitada do esôfago, estômago ou duodeno, remoção de pólipos, objetos deglutidos e tratamento de vasos sangrantes e úlceras por injeção interna ou aplicação de calor (usando corrente elétrica diatermal, laser argônio ou heat proíbe). A medicação para relaxar ou o anestésico provocam sono e esquecimento por algum tempo.

5 – Tempo de Exame

É um exame que dura, em média, 15 minutos, salvo exceções.


6 – Após o Procedimento

Você irá permanecer no setor em torno de 30 minutos, até a neutralização completa dos efeitos do sedativo e/ou anestésico. Sua garganta pode ficar adormecida ou levemente irritada. Você não deve comer ou beber até que seu reflexo de deglutição esteja normal. Depois disso, você pode retornar à sua dieta regular, a menos que seja aconselhado do contrário. Você pode sentir gases ou pequena distensão abdominal, pelo ar que foi introduzido através do endoscópio, contudo isso passará rapidamente.

Após o procedimento, você será liberado mediante a presença de familiar ou de acompanhante responsável pelo médico ou pela enfermeira da unidade. Você não deve dirigir ou executar tarefas que exijam atenção (ex.: operar máquinas) ou tomar decisões relevantes uma vez que a sedação diminui seus reflexos e raciocínio. O exame somente será realizado se no momento da admissão o paciente identificar quem se responsabilizará por conduzi-lo após o exame.

7 – Riscos potenciais

As complicações são raras, menos de 1 para 1.000 exames. Porém, podem ocorrer, com maior frequência: *reações a medicações, perfurações (rasgos) e sangramentos, necessitando de tratamento ou de cirurgia para correção.* As complicações estão mais relacionadas a procedimentos terapêuticos.

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

Estou ciente que todo ato médico trata-se de uma obrigação de meio, pelo que **não há garantia** de obtenção do resultado esperado ou desejado. O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias muito raras podem gerar fatos bastante complicados e inesperados, bem como que todo ato médico, não importa qual, possui risco de ÓBITO, independentemente da perícia, prudência ou vontade do médico. Há também o risco de contrair infecção e de morte por sepse, embora seja muito rara a sua ocorrência;

Se por acaso a evolução do quadro de saúde colocar a vida do paciente em risco, desde já fica autorizado o médico e sua equipe a adotar os procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis ao caso na tentativa de afastar o perigo de morte, inclusive podendo suspender, complementar ou modificar o ato médico originalmente proposto, a critério do julgamento técnico dos profissionais envolvidos. Autorizo a realização de anestesia geral e a transfusão de sangue, se for necessário;

Estou ciente de que devo cumprir integralmente as orientações médicas prescritas e que devo buscar imediatamente atendimento médico após a alta hospitalar, caso verifique a ocorrência de qualquer sintoma que seja diverso da normalidade, tais como febre, dor, tontura, sangramento e outros.

Estou ciente que após a alta hospitalar o paciente necessita evitar a realização de esforço físico até ter liberação expressa para realizar isso por parte do seu médico assistente, bem como que a não observância disso poderá causar dano à saúde do paciente ou comprometer o tratamento realizado.

Estou ciente que necessito prestar todas as informações relativas a alterações na minha saúde, presentes e passadas, clínicas, cirúrgicas, experiências e ou complicações com anestesia minhas e de familiares, alergias a medicamentos ou alimentos, medicações em uso (especialmente anticoagulantes e corticoides) e hábitos (como tabagismo, consumo excessivo de cafeína, uso de bebida alcoólica ou drogas), ciente que qualquer omissão quanto a esses dados poderá trazer prejuízos à saúde do paciente e comprometer o resultado da cirurgia.

Este procedimento me foi explicado de forma clara pelo médico e sua equipe, recebendo orientação quanto aos benefícios, riscos e alternativas, inclusive a sua não realização, oportunidade na qual pude fazer perguntas e obter respostas. Estou ciente que posso cancelar o consentimento, a qualquer tempo, antes da realização do exame, sem penalidade.


8 – Dúvidas e Complicações

Caso ainda tenha dúvida sobre o exame, você poderá entrar em contato com a recepção do Centro Cirúrgico Ambulatorial do Hospital Bruno Born das 8hs às 17hs, de segunda a sexta-feira. **É importante que você informe ao seu médico se ocorrer dor, fezes pretas, febre ou vômitos nas primeiras 24 horas após o exame.** Caso tenha febre, dificuldade para engolir, aumento de volume do pescoço, tórax ou dor abdominal, informe ao seu médico imediatamente.

Em caso de dúvidas, sinais ou sintomas que julgar estranho após o procedimento procure o serviço de Atendimento 24 Horas ou Emergência do Hospital Bruno Born, ou conforme combinado entre as partes, entrar em contato com o médico especialista em endoscopia que realizou o seu procedimento.

9 – Autorização

Eu, na condição de paciente ou de responsável pelo paciente, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro que estou ciente e satisfeito com as informações que verbalmente e por escrito foram-me fornecidas relativas ao exame Endoscopia Digestiva Alta.

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

Em razão disso, AUTORIZO o médico acima identificado e os demais profissionais vinculados ao seu atendimento a realizar o exame de ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA, assumindo conscientemente os riscos inerentes desse exame.

Lajeado, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável pelo Paciente
Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento

Eu, Dr(a).: _____, CRM _____, declaro que coletei este consentimento, informando previamente os riscos e esclarecendo eventuais dúvidas ao paciente/responsável.

Médico(a) – Assinatura

Termo de Responsabilidade de Acompanhante do Paciente

Eu, _____ CPF/RG nº _____ responsabilizo-me por acompanhar o(a) paciente acima identificado(a) após o procedimento realizado no Hospital Bruno Born até a sua residência, adotando os cuidados necessários para que esse deslocamento seja feito com segurança.

Caso surja algum imprevisto ou identifique situação fora da normalidade, estou ciente que devo procurar atendimento médico para o paciente de modo imediato.

Lajeado, ____ / ____ / _____

Hora: _____:_____

Telefone para contato: () _____

Assinatura: _____