GASTRO CLINIC
INSTITUTO ESPECIALIZADO NO APARELHO DIGESTIVO

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
Endoscopia Digestiva Alta

Informações sobre o procedimento: A **Endoscopia Digestiva Alta** é um exame que objetiva a inspeção do esôfago, estômago e duodeno (primeira porção do intestino delgado). O procedimento é realizado por meio de um aparelho flexível, cujo diâmetro é em torno de 01 (um) centímetro, contendo uma câmera em sua extremidade que será introduzido pela boca do paciente progredindo até duodeno.
Para maximizar os resultados e diminuir os riscos de complicações, todo paciente que será submetido a uma endoscopia digestiva deve realizar uma preparação para o exame, que consiste em jejum de 12 horas para alimentos sólidos e de 3 horas para líquidos claros. A falta de preparo adequado poderá prejudicar o resultado do exame e comprometer a integridade física e a saúde do paciente, sendo o exame suspenso. O procedimento, na maioria dos casos, dura em média de 10 (dez) a 20 (vinte) minutos, podendo se estender em virtude da necessidade de realização de procedimentos complementares, de acordo com a necessidade (remoção de pólipos, dilatações, cauterização de lesões, ou outros). Durante todo o procedimento será realizada monitorização não invasiva dos sinais vitais e administração de oxigênio por cateter nasal.
Com o intuito de evitar maiores desconfortos aos pacientes, será ministrado um anestésico em *spray* na garganta, o qual proporcionará uma sensação de endurecimento e dificuldade de engolir, não sendo indicado pigarrear ou forçar a garganta, pois isto poderá ocasionar inflamação e dor após o exame. Será ministrada, também, uma medicação para uma sedação do paciente.
Em decorrência dos protocolos de segurança exigidos pelo Conselho Federal de Medicina, o paciente permanecerá em observação na clínica, por período suficiente para ter condições de alta. O paciente não deve assumir outros compromissos no dia do procedimento, sejam eles profissionais, pessoais ou acadêmicos por um período de 12 horas após o procedimento. Em razão da utilização dessa medicação sedativa, fica absolutamente proibido ao paciente retirar-se da clínica desacompanhado, sendo obrigatória e imprescindível a **presença de 1 (um) acompanhante** maior de 18 anos, plenamente capaz, a fim de assegurar o retorno do paciente em segurança à sua residência. Para menores de 18 anos, o acompanhante, obrigatoriamente, deve ser um responsável legal (pai, mãe ou tutor).
Em razão da aplicação de substâncias sedativas o paciente fica **terminantemente proibido** de dirigir veículos automotores, motocicletas, bicicletas, entre outros meios de transporte, sendo vedada, também, a locomoção em garupa.
A endoscopia digestiva é um procedimento bastante seguro, mas em poucos casos, poderão ocorrer desconforto na garganta e complicações decorrentes da infusão de substâncias sedativas endovenosas tais como como flebite, reação alérgica à medicação e problemas cardiorrespiratórios, bem como as relacionadas ao procedimento em si, tais como dor, sangramento e perfuração. Essas complicações são raras (0,1% dos casos) e estão mais associadas com a necessidade de realização de procedimentos (remoção de pólipos, dilatações e outros) e poderão necessitar de hospitalização ou intervenções cirúrgicas.

Eu,_____, portador(a) do RG nº _____ SSP/____, inscrito(a) no CPF/MF nº_____, residente e domiciliado(a) no endereço_____ devidamente acompanhado(a) pelo Sr.(a) _____,portador(a) do RG nº _____ SSP/_____, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº _____, declaro, para todos os fins, que tenho ciência de que serei submetido(a), nesta data, ao procedimento de **ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**.

Certifico, por meio deste termo, que fui informado(a), de forma clara e precisa, de todos os benefícios, riscos, complicações, alternativas e todo e qualquer pormenor relativo ao procedimento que irei me submeter, sendo, também, concedido tempo suficiente para compreender os seus termos e garantida a oportunidade de formular perguntas e esclarecer dúvidas sobre este exame, as quais foram respondidas de forma satisfatória pelos(as) profissionais desta clínica.

Declaro que respondi com absoluta veracidade todas as respostas do questionário com informações sobre minha saúde, formulado pela clínica.

Certifico, nestes termos, que autorizo a realização do exame de endoscopia de forma livre e esclarecida, bem como, atesto que me foi garantida a oportunidade de não realizar o procedimento assinalado no preâmbulo deste documento, caso não concordasse com qualquer das disposições ora registradas.

Afirmo expressamente que, caso seja **necessária** a realização de procedimento não coberto pela operadora, seguradora ou convênio de plano de saúde, comprometo-me a custear os valores correspondentes a estes procedimentos de forma particular.

Declaro que estou ciente que no dia do exame, devo trazer o pedido do exame assinado e carimbado pelo médico, guia autorizada (a depender do convênio), documento oficial com foto juntamente com este termo assinado, sob pena de não realizar o procedimento.

Sendo que havia a declarar, firmo o presente Termo de Consentimento Informado, na data abaixo registrada.

Santos, ____ de _____ de 20_____

_____ Assinatura do paciente

_____ Assinatura do acompanhante

GASTRO CLINIC
INSTITUTO ESPECIALIZADO NO APARELHO DIGESTIVO

Nº DE ATENDIMENTO:_____ Nº DO PACIENTE: _____

ENDOSCOPISTA: _____

QUESTIONÁRIO PRÉ - ENDOSCOPIA

NOME:_____ **IDADE:** _____

DATA DE NASCIMENTO:_____ **TELEFONE:** _____

PROFISSÃO: _____ **ESTADO CIVIL:** _____

CONVÊNIO:_____ **PESO:** _____**ALTURA:**_____

Marque os principais motivos para a realização do exame:

( )Dor no estômago ( ) Empachamento ( )Náuseas ( )Vômitos

( )Azia ( ) Refluxo ( )Tosse ( ) Dor no peito ( ) Dificuldade para engolir ( ) Engasgos frequentes

( ) Diarreia ( ) Sangramento ( ) Anemia ( ) Emagrecimento ( ) Controle de pólipos

( ) Investigação de Intolerância alimentar ( ) Controle de tratamento de câncer

( ) Investigação pela presença de familiar com câncer digestivo? Quem? _____

( ) Outro Qual: _____

Já realizou esse exame antes? _____ Quando ?_____

ALERGIAS_____

Marque as patologias (doenças) que você possui.

( ) Pressão alta ( ) Diabetes ( ) Problemas de tireoide

( ) Asma ( ) Bronquite ( ) Enfisema Pulmonar ( ) Ronco ( ) Apneia do sono – Uso de CPAP

( ) Já teve de Infarto , quando _____ ( ) Arritmia cardíaca ( ) Uso de marca passo

( ) AVC – derrame

( ) Hepatite A B C outra ( ) Cirrose

( ) Insuficiência Renal ( ) Faz Diálise

( ) Doença Muscular, Qual ?_____

( ) Doença Reumatológica, Qual ? _____

( ) Ansiedade ( )Depressão

( ) Câncer _____

( ) Doença infectocontagiosa ? Qual?_____

( ) Problema da coagulação do sangue? Qual ?_____

( ) Outros problemas de saúde_____

CIRURGIAS:_____

MEDICAMENTOS EM USO:

_____

_____