

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
PARA REALIZAÇÃO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**

Declaro ter sido informado de que o Exame de Endoscopia Digestiva Alta tem a finalidade de inspecionar a superfície interna do Esôfago, Estômago e Duodeno, auxiliando o diagnóstico da maioria das doenças que comprometem os órgãos, tais como : esofagite, gastrite, úlceras, hérnia, tumores benigno e malignos, varizes entre outras, razão pela qual se indica sua realização quando existe a suspeita dessas moléstias.

Em muitos países é realizada apenas com anestesia da garganta, mas quando o paciente está muito tenso ou tem reflexo de náusea acentuado, há necessidade de sedação, para evitar reações de defesa que dificultam o exame.

Apesar de raras, complicações podem ocorrer, podemos citar: hematomas, flebites, infecções locais, reações alérgicas ou paradoxais, hemorragia, perfuração, parada cardiorrespiratória, etc.

PREPARAÇÃO:

Para exames realizados no período da manhã, jantar 12 h antes do exame (evitar alimentos gordurosos e verduras cruas). Os medicamentos de uso contínuo devem ser ingeridos com água nos horários habituais (medicamentos para o coração e pressão arterial, etc.). Não devem ser ingeridos no dia do exame remédios para o estômago, diabetes e calmantes. O paciente deverá estar acompanhado de adulto lúcido e deverá trazer os exames anteriores e o pedido médico. Não devem ser marcados compromissos para o dia do exame, pois o paciente não poderá dirigir veículos e não pode vir de motocicleta, mesmo na garupa. Não poderá realizar atos que exijam concentração, tomar bebidas alcoólicas ou calmantes. Somente será liberado quando estiver em condições de sair (geralmente 30 a 60 minutos após o exame).

Declaro que as informações constantes da Ficha de Avaliação Inicial são verdadeiras e tenho conhecimento de que qualquer omissão de minha parte poderá acarretar prejuízos, comprometer o procedimento ou resultar em danos à minha saúde.

Declaro, ainda, que li e tive oportunidade de esclarecer toda minha dúvida relativa ao procedimento e, tendo compreendido todas as informações deste documento, autorizo a realização do Exame Endoscópico e de outros procedimentos que venham a ser necessários caso ocorram situações imprevistas e haja necessidade de cuidados diferentes daqueles propostos inicialmente.

Paciente ou Responsável

Nome

Assinatura

Atenção

As informações prestadas neste documento não esgotam as possibilidades de riscos e complicações, considerando que foram enumeradas apenas algumas.

A intenção do médico não é assusta-lo nem deixa-lo desconfortável com o procedimento ao qual será submetido, mas sim informa-lo de que qualquer procedimento médico, implica riscos, ainda que raros. Sinta-se à vontade para solicitar informações e discutir todas as suas dúvidas. Nenhum ato será praticado sem a sua concordância. Portanto, assine este documento após entender todas as informações recebidas.

Termo de Acompanhamento de Paciente

Eu,.....RG.....declaro que irei acompanhar o (a) Sr. (a).....durante o procedimento Ambulatorial e também até sua residência em...../...../.....

Nome

Assinatura

IDENTIFICAÇÃO

DATA:...../...../.....

Motivo que o levou a o médico.....

Antecedentes Pessoais - Relatar as Doenças que tem ou teve.

Doenças do Coração.....

Doenças do Sangue.....

Doenças dos Rins.....

Doenças do Fígado.....

Doenças do Aparelho Digestivo.....

Diabetes.....Hipertensão Arterial.....

Doenças do Pulmão.....

Doenças Neurológicas.....

Doenças Infecto – Contagiosas.....

Medicamentos de Uso Contínuo ou Habitual.....

Cirurgias Anteriores.....Em, ___/___/___

Em, ___/___/___.....Em, ___/___/___

Tem Alergias? () Não. () Sim a Que?.....

Gravidez () Sim () Não Tabagismo () Sim () Não Etilismo () Sim () Não

Drogas () Sim () Não – Quais?.....

Antecedentes Familiares: Doenças do Coração () Não () Sim – Qual?.....

Doenças Neurológicas () Não () Sim - Qual?.....

Diabetes () Câncer em família Qual?.....
**Anotações Médicas**

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

MEDICAÇÃO	VIA	DOSE	HORA	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
LIDOCAINA 2 % GELEIA				
LIDOCAINA 10 % SPRAY				
LIDOCAINA 2 % LIQUIDO				
DIMETICONA FR. 15 ml.				
DOLANTINA - 50 mg/ml				
DIAZEPAN - 10 mg/ 2ml				
DORMONID - 5 mg/ 5ml				
ATROPINA - 0,25 mg/ ml				
BUSCOPAN SIMPLES – inj				
ÁGUA DESTILADA – 10 ml				
Assinatura / carimbo do médico				