SEDIG

CONSULTAS E EXAMES EM GASTROENTEROLOGIA

Rua Grão Pará, 85 / 03 - Sta. Efigênia - BH - MG - Tel.: 3241-2854 / 3241-2563

AVALIAÇÃO PRÉ-COLONOSCOPIA

MÉDICO QUE REALIZARÁ O EXAME:_____

PACIENTE:_____

DATA NASC.: _____/_____/_____ IDADE: _____PESO: _____ PROFISSÃO: _____

TEL.FIXO/CELULAR: _____ NOME/ TEL. ACOMPANHANTE: _____

CONVÊNIO: _____ MÉDICO SOLICITANTE: _____

ENDEREÇO COMPLETO:_____

EMAIIL: _____

1. POR QUE SEU MÉDICO SOLICITOU O EXAME DE COLONOSCOPIA? _____

   _____

2. JÁ SE SUBMETEU AO EXAME DE COLONOSCOPIA? ( ) SIM ( ) NÃO

   POR QUE? QUANDO? ONDE? _____

3. JÁ SE SUBMETEU A CIRURGIAS E ANESTESIAS ANTERIORMENTE? ( ) SIM ( ) NÃO

   QUAIS?_____

4. FAZ USO DE: ( ) ASPIRINA ( ) PRADAXA ( ) ANTINFLAMATÓRIO ( ) CLOPIDOGREL ( ) XARELTO

   ( ) MAREVAN ( ) MARCOUMAR ( ) COUMADIN ( ) OUTROS ANTICOAGULANTES

5. TEM PRESSÃO ALTA? ( ) SIM ( ) NÃO USA MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS? ( ) SIM ( ) NÃO

QUAIS?_____

6. É PORTADOR DE DOENÇA CARDÍACA? ( ) SIM ( ) NÃO
7. DIABETES ( ) SIM ( ) NÃO FAZ USO DE INSULINA? ( ) SIM ( ) NÃO
8. É PORTADOR DE MARCA-PASSO CARDÍACO? ( ) SIM ( ) NÃO
9. TEM ALERGIA <u>COMPROVADA</u> A ALGUM MEDICAMENTO? ( ) SIM ( ) NÃO

   QUAIS? _____

10 TEM ALGUM OUTRO TIPO DE ALERGIA? ( ) NÃO ( ) SIM - QUAIS?_____

11 FAZ USO DE OUTROS MEDICAMENTOS? ( ) NÃO ( ) SIM - QUAIS? _____

12. É PORTADOR DE ALGUMA DOENÇA CRÔNICA? ( ) SIM ( ) NÃO - QUAIS? _____

13. TEVE ALGUM FAMILIAR COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE INTESTINO? ( ) SIM ( ) NÃO

14. JÁ NOTOU SANGRAMENTO NAS FEZES NOS ÚLTIMOS 12 MESES? ( ) SIM ( ) NÃO

15. EXAME DE SANGUE OCULTO POSITIVO NAS FEZES NOS ÚLTIMOS 12 MESES? ( ) SIM ( ) NÃO

16. NECESSITA DE DECLARAÇÃO MÉDICA? ( ) SIM ( ) NÃO

DATA: _____/_____/_____ ASSINATURA DO PACIENTE:_____

RESERVADO AO MÉDICO:

EXAMES COMPLEMENTARES: ( ) COAGULOGRAMA ( ) CREATININA ( ) ECG

( ) GLICEMIA DE JEJUM ( ) HEMOGRAMA ( ) URÉIA

RISCO CIRÚRGICO: _____

COLONOSCOPIA AGENDADA: ( ) NÃO - MOTIVO: _____

( ) SIM - DATA: _____/_____/_____ HORA: _____:_____

DATA: _____/_____/_____ ASSINATURA DO MÉDICO: _____

PACIENTE: _____

EVOLUÇÃO/Sumário de alta referente ao exame endoscópico realizado no SEDIG.

Medicamentos e dosagens utilizadas durante o exame:

Lidocaína Spray_____mg Midazolan_____mg

Propofol_____mg OUTROS: _____

Nº do Endoscópico: _____

Nº do Cateter Injetor: _____

Nº Pinça de Biopsia: _____

Nº Alça de Polipectomia: _____

INTERCORRÊNCIAS:

QUAIS? _____

CONDUTAS: _____

CRITÉRIOS DE ALTA

ORIENTADO	☐ SIM	☐ NÃO	CAPACIDADE DE LOCOMOCÃO	☐ SIM	☐ NÃO
ESTABILIDADE HEMODINÂMICA	☐ SIM	☐ NÃO	AUSÊNCIA DE SANGRAMENTO	☐ SIM	☐ NÃO
AUSÊNCIA DE NÁUSEAS E VÔMITOS	☐ SIM	☐ NÃO	DOR CONTROLADA	☐ SIM	☐ NÃO
CAPACIDADE DE INGERIR LÍQUIDOS	☐ SIM	☐ NÃO	DIURESE ESPONTÂNEA	☐ SIM	☐ NÃO

OBS: Paciente liberado com acompanhante.
Folha de sala de anestesiologista anexa (quando necessário).

Médico Endoscopista: _____

Médico Anestesiologista: _____

Auxiliares: _____

BELO HORIZONTE, _____/_____20_____

SEDIG

DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA EM GASTROENTEROLOGIA

VIDEOENDOSCOPIA - COLONOSCOPIA - pHMETRIA E ELETROMANOMETRIA - pHIMPEDANCIOMETRIA

www.sedig.med.br

Rua Grão Pará, 85 - Térreo - Santa Efigênia - BH - MG - Tel.: 3241-1455 - Telefax: 3241-2854 - Cel.: 99208-0018

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE COLONOSCOPIA

Prezado paciente,

O exame de videocolonoscopia solicitado pelo seu médico consiste em introduzir, por via anal, um aparelho flexível para o exame do intestino grosso e, na maioria das vezes, da porção terminal do intestino delgado. Como todo ato médico não é isento de riscos. Em nosso serviço o exame é realizado sob sedação venosa administrada por médico anestesiologista, para diminuição da ansiedade e da dor.

As medicações utilizadas na sedação podem provocar reações locais como hematomas, (extravasamento de sangue) e flebite no local da punção venosa e sistêmicas (cardio-respiratórias), ainda que pouco frequentes. O paciente é constantemente monitorizado durante e após o procedimento, com a utilização de monitores cardíacos, da oxigenação sanguínea e da pressão arterial. A equipe assistente encontra-se habilitada para o diagnóstico e o tratamento de eventuais intercorrências.

Para que o procedimento seja realizado de modo satisfatório e o mais seguro possível, é essencial que todas as orientações em relação ao preparo medicamentoso e dietético sejam seguidas à risca.

A videocolonoscopia, é um exame invasivo e apresenta mínimos riscos de complicações, inferiores a 1%. Entretanto, excepcionalmente, alguma intervenção cirúrgica pode se fazer necessária para o tratamento de tais complicações (como no caso de perfurações).

Eventualmente, durante o exame, são encontradas alterações (ex.: pólipos intestinais) que podem e, na maioria das vezes devem ser tratadas durante o próprio procedimento, evitando sérios problemas futuros, como surgimento do câncer intestinal. Ressalta-se que eventualmente alguns pólipos e lesões planas podem passar despercebidos durante o exame.

Recomenda-se repouso relativo domiciliar até o dia seguinte após o término do exame e, em caso de problemas, entre em contato conosco ou procure serviço médico de urgência. Ao final do procedimento, serão entregues orientações por escrito sobre como proceder após o mesmo e estas devem ser seguidas à risca. **É obrigatório trazer um acompanhante responsável com idade superior a 18 anos, que permanecerá na clínica até a liberação do paciente. Não recomendamos viajar no dia do exame. É proibido conduzir veículos ou exercer atividades que exijam atenção nas 12 horas após o exame.**

Não nos responsabilizamos por objetos deixados, esquecidos ou danificados no Sedig, incluindo óculos, alianças, aneis, pirciengs, carteiras, celulares, e etc.. Eles deverão estar aos cuidados do respectivo acompanhante.

ASS. acompanhante:_____.

Desta forma, solicitamos que nos confirme que entendeu as informações contidas neste termo e nos autorize a realização da videocolonoscopia e procedimentos necessários.

O TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA EM NOSSO SERVIÇO É DE 4 HORAS, DESDE QUE O PACIENTE CHEGUE NO HORÁRIO AGENDADO.

Eu,_____
li e compreendi o termo acima e autorizo a realização da colonoscopia, sedação venosa e eventuais procedimentos necessários. Reconheço que não me foram fornecidas quaisquer garantias sobre resutados, mas estou ciente que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis para que todo o procedimento seja bem sucedido.

Reconheço a possibilidade de eventuais intercorrências e riscos inerentes à colonoscopia e ao uso de medicamentos e métodos anestésicos e não omiti informações referentes ao meu estado de saúde ou hábitos que possam interferir na realização do procedimento.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20___

_____

Assinatura do paciente

OBS: trazer este termo de consentimento assinado no dia do exame.