

# SEDIG

## DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA EM GASTROENTEROLOGIA

VIDEOENDOSCOPIA - COLONOSCOPIA - pHMETRIA E ELETROMANOMETRIA - pHIMPEDANCIOMETRIA

[www.sedig.med.br](http://www.sedig.med.br)

Rua Grão Pará, 85 - Térreo - Santa Efigênia - BH - Telefax: 3241-2854

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Telefone Fixo/Celular: \_\_\_\_\_ Tel. Acompanhante: \_\_\_\_\_

Nome do Médico: \_\_\_\_\_ Convênio: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nasc.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Nasci na cidade de: \_\_\_\_\_ Resido na Cidade de: \_\_\_\_\_

Endereço Completo: \_\_\_\_\_

1. Estou ciente de que o tempo médio de permanência no SEDIG é de 2 horas?..... SIM  NÃO
2. Estou ciente de que vou submeter-me a um exame endoscópico?..... SIM  NÃO
3. Já se submeteu a um exame endoscópico?..... SIM  NÃO
4. Alergia comprovada a algum medicamento? Qual?..... SIM  NÃO
5. Tem algum outro tipo de alergia? Qual?..... SIM  NÃO
6. Faz uso de anticoagulante? (Ex.: Marevan, Marcoumar, Coumadin, Xarelto, Pradaxa)..... SIM  NÃO
7. Faz uso de Clopidogrel?..... SIM  NÃO
8. Faz uso de AAS (Aspirina)?..... SIM  NÃO
7. É Diabético?...SIM NÃO Faz uso de insulina?...SIM NÃO Usou hoje?... SIM  NÃO
10. Faz uso constante de medicamentos para pressão arterial? ..... SIM  NÃO

Quais: \_\_\_\_\_

11. Faz uso de tranquilizantes? ..... SIM  NÃO
12. Faz uso de outros medicamentos? Quais? ..... SIM  NÃO
13. Problemas com anestésicos orais (Ex.: Xilocaína)..... SIM  NÃO
14. Já teve hepatite B ou C?..... SIM  NÃO
15. É portador de cirrose no fígado?..... SIM  NÃO
16. Já se submeteu a cirurgia de estômago ou esôfago?..... SIM  NÃO
17. É portador de marca-passo cardíaco?..... SIM  NÃO
18. Necessita de atestado médico?..... SIM  NÃO
19. Necessita de declaração médica para o acompanhante? ..... SIM  NÃO

20. Nome legível do acompanhante: \_\_\_\_\_

21. Assinale os sintomas atuais:

- |                                 |                                       |   |  |
|---------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Azia   | <input type="checkbox"/> Náuseas      | <input type="checkbox"/> Dificuldade p/ engolir | <input type="checkbox"/> Faringite crônica (dor de garganta) |
| <input type="checkbox"/> Arroto | <input type="checkbox"/> Má digestão  | <input type="checkbox"/> Dor Abdominal          | <input type="checkbox"/> Sensação de "bolo" na garganta      |
| <input type="checkbox"/> Vômito | <input type="checkbox"/> Dor no peito | <input type="checkbox"/> Pigarro na garganta    | <input type="checkbox"/> Outros _____                        |
| <input type="checkbox"/> Tosse  | <input type="checkbox"/> Refluxo      | <input type="checkbox"/> Queimação no peito     |  |

# SEDIG

## DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA EM GASTROENTEROLOGIA CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Prezado paciente,

O exame de Endoscopia Digestiva Alta (EDA) solicitado pelo seu médico consiste em introduzir um aparelho flexível para o exame do esôfago, estômago e início do duodeno, por via oral. Como todo ato médico, **ele não é isento de riscos**. Em nosso Serviço o exame é realizado sob anestesia tópica (na garganta) e sedação consciente (via endovenosa) de maneira segura e confortável. Quando necessário o exame será feito com assistência do anestesiolologista.

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

A medicação sedativa **poderá provocar amnésia (esquecimento) temporária** em alguns pacientes, durando em média 1 hora, motivo pelo qual o paciente só será liberado quando estiver lúcido juntamente com o acompanhante. Os pacientes muitas vezes não se lembram da realização dos procedimentos. Como poderá ocorrer diminuição dos reflexos, o paciente **não** poderá dirigir veículos, andar de moto, manipular máquinas ou exercer atividades que exijam muita atenção nas 12 horas seguintes ao procedimento. É essencial a presença de um acompanhante responsável com idade mínima de 18 anos.

Ao final do procedimento, serão entregues orientações por escrito sobre como proceder após o mesmo e estas devem ser seguidas à risca. Estas orientações estão na pasta do laudo.

Não nos responsabilizamos por objetos deixados, esquecidos ou danificados no Sedig. Eles deverão estar aos cuidados do respectivos acompanhante.

ASS. acompanhante \_\_\_\_\_.

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

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo a realização da Endoscopia Digestiva Alta, sedação venosa e eventuais procedimentos necessários. Reconheço a possibilidade de eventuais intercorrências e estou ciente que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis para que o procedimento seja bem sucedido.

**O TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA EM NOSSO SERVIÇO É DE 2 HORAS.**

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente e ou responsável