**ORIENTAÇÕES E CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**

**ENDOSCOPIA DIGESTIVA – HOSPITAL MÃE DE DEUS – POA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU DO RESPONSÁVEL LEGAL** | | |
| **Nome:** | | |
|  | | |
| **Doc. Identificação** | **Tipo:** | **Nº** |

**Endoscopia Digestiva Alta ou Esofagogastroduodenoscopia**

É o exame que permite visualizar o esôfago, estômago e duodeno (considerada a primeira parte do intestino|). Realiza-se introduzindo-se um tubo flexível, através da boca, geralmente sob sedação. Esse tubo contém uma lente, luzes e um canal por onde o médico poderá trabalhar para coletar material ou realizar algum tratamento.

Preparo

O estômago deverá estar vazio. Não coma nada sólido durante as 8h antes do exame. 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!**

**O Que Será Feito**

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.

**Como É Realizado**

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. Por meio dele, o médico será capaz de identificar anormalidades que possam estar presentes, inclusive pesquisar amostras de tecido (biópsia) colhidas durante o exame para analise laboratorial detalhada. 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 temp. Durante este período, após o exame, você não deve dirigir, realizar tarefas que necessitem de atenção, operar máquinas ou tomar decisões relevantes uma vez que a sedação diminui seus reflexos e raciocínio. Deve vir acompanhado de uma pessoa que lhe conduza para casa. O exame somente será realizado se no momento da admissão o paciente identificar quem se responsabilizará por conduzi-lo após o exame.

**Tempo de Exame**

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

**Após o Procedimento**

Você irá permanecer na endoscopia 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 o 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 acompanhante responsável pelo médico ou pela enfermeira da unidade. Você não deve dirigir, executar tarefas que exijam atenção (ex.: operar máquinas) ou tomar decisões importantes, pos a sedação, por um período de tempo, diminui os reflexos e o seu raciocínio.

**Riscos**

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

**Dúvidas e Complicações**

Caso ainda tenha dúvida sobre o exame, você poderá entrar em contato com a enfermeira da unidade de endoscopia das 8hs às 17hs, de segunda a sexta-feira. É importante que você informe ao sue médico se ocorrer dor, fezes pretas, febre ou vômitos nas primeiras 24 horas após o exame. Em caso de emergência procure o serviço de emergência do Hospital Mãe de Deus que conta com recurso de médico especialista em endoscopia.

**Riscos Adicionais**

Declaro estar ciente dos riscos de contaminação pela COVID-19, popularmente conhecido como CORONAVÍRUS, em razão do ingresso no ambiente hospitalar, cujo vírus pode circular por meio dos próprios pacientes, tanto sintomáticos quanto assintomáticos. Da mesma forma, declaro também ter pleno conhecimento das possíveis consequências da contaminação pela COVID-19, podendo apresentar quadro de febre, dores musculares, dificuldades respiratórias e nos quadros mais graves, inclusive, evoluir para óbito.

      Assim, declaro ainda estar ciente de todos os riscos adicionais ocasionados pela pandemia mundial da COVID-19, e do cenário de risco de contaminação a partir do ingresso ao estabelecimento de saúde, permanecendo também na fase pré-operatória, pós-operatória e posterior eventual internação hospitalar, estando de pleno acordo e aceitando todos os riscos que me foram amplamente cientificados pelo profissional médico em prol do procedimento que será realizado.

Eu acima identificado, na condição de paciente do Hospital Mãe de Deus ou de responsável legal pelo paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, estou ciente das informações relativas ao exame Endoscopia Digestiva Alta e AUTORIZO ao Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CREMERS N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, seu(s) assistente(s), bem como todos os demais profissionais vinculados a assistência, credenciados por esta Instituição, a realizar este procedimento.

Porto Alegre,.......................de........................de.............................

...........................................................................................................................................

(Assinatura do paciente ou responsável)

Adaptado da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED)