**ORIENTAÇÕES E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE COLONOSCOPIA**

**ENDOSCOPIA DIGESTIVA – HOSPITAL MÃE DE DEUS**

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

**Colonoscopia**

É o exame que visualiza seu cólon (intestino grosso), utilizando um tubo flexível introduzido através do ânus, com a finalidade de estudar o interior de todo o intestino grosso. Se houver necessidade, durante o exame poderá ser coletado material do intestino para exame (biópsia) para análise laboratorial detalhada. Pequenos tumores (pólipos) podem ser removidos por um laço por onda passa corrente elétrica; sangramentos podem ser diagnosticados e, muitas vezes, tratados durante o próprio exame.

**Preparo**

Para permitir uma visão clara, o cólon (intestino grosso) deve estar completamente limpo. O paciente deve fazer na véspera uma dieta líquida, sem resíduos, e tomar o laxante de acordo com as orientações da enfermeira. Após a ingestão do laxante é importante tomar bastante líquido, que poder ser água, chá, água de coco, gelatinas, refrigerantes, caldos de carne ou frango e legumes coados. “Não pode ser liquidificado”. É importante ingerir líquidos, no mínimo 2 litros/dia. Use normalmente suas medicações. Suspenda o uso de aspirinas, AAS produtos à base de ferro, laxantes a base de fibras e anti-inflamatórios 2 dias antes do exame. No caso de anticoagulantes, você deverá suspender a medicação 5 dias antes, conforme orientação do seu médico assistente. Se fizer uso de hipoglicemiantes (remédio para diabetes não deverá tomá-lo no dia do exame). No dia do exame você deve se apresentar, com acompanhante, ao hospital no horário agendado. Deve manter jejum absoluto após a ingestão do Manitol®, 06 horas antes da realização do exame. Utilize calçado baixo e evite o uso de adornos como anéis, pulseiras, correntes, relógios e piercing. Faz-se necessário puncionar acesso venoso (veia) para instalação e infusão de soro.

**O Que Será Feito**

O médico e a enfermeira explicarão o que é o exame, seu preparo, cuidados e cada passo do procedimento. Responda a todas as perguntas, informe sobre doenças anteriores, alergias e medicamentos que esteja tomando. Se já realizou exame de colonoscopia, o laudo anterior se faz necessário. Será oferecida uma vestimenta do hospital e solicitada à retirada de seus óculos, lentes de contato, relógios e prótese dentária. Você será colocado em uma posição confortável sob seu lado esquerdo. Será dada uma medicação sedativa ou anestésica na veia. O médico introduzirá o colonoscopio através do ânus para dentro do reto e o avançara através do cólon.

Você poderá sentir algum desconforto, colocas e pressão abdominal, em virtude do ar que é introduzido em seu cólon. Isso é normal e passará rapidamente, após a eliminação de gases. A introdução de ar durante o exame é importante para que o médico examine minuciosamente o intestino.

**Tempo de Exame**

O exame levará cerca de 20 a 40 minutos.

**Cuidados e Restrições Após Exame**

Você permanecerá em repouso numa sala de recuperação até neutralização completa do efeito sedativo ou anestésico. Após, 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, pois a sedação, por um período de tempo, diminui os reflexos e o seu raciocínio.

**Alimentação Pós Exame**

Em razão do preparo a que o intestino foi submetido e a fim de facilitar a digestão, você receberá um lanche, após o exame, com pouco resíduo, proporcionando um repouso ao aparelho gastrointestinal. Em casa, fazer uma refeição leve, voltando gradativamente para a dieta normal no dia seguinte.

**Riscos**

A colonoscopia pode resultar em complicações tais como: reações a medicações, perfurações (rasgos) do intestino e sangramento. Eventos raros (menos de 1 para 1.000 exames), entretanto requerem tratamento urgente, e até mesmo cirurgia. Os riscos estão mais relacionados a algum tratamento, como remoção de pólipos.

**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.

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 Colonoscopia 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.

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.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Assinatura do paciente ou responsável** | **Assinatura do Médico responsável** |
| **Testemunhas** | |
|  |  |
| **Nome e RG.** | **Nome e RG** |

Adaptado da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED).