

**ESADI – Espaço de Saúde do Aparelho Digestivo**

Unidade de Endoscopia

Diretor Técnico: Dr. Edson Pedro da Silva – CRM/SC 1434

Rua Marechal Floriano Peixoto, 300 – Sala 307 – Anexo ao Hospital Santa Isabel Fone / Fax (47) 3222-0432  
endoscopia@esadi.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO  
DILATAÇÃO ENDOSCÓPICA DE ESÔFAGO

Paciente:

Acompanhante / Responsável:

Data e Horário do Exame:

Médico Examinador:

1. Eu recebi, li e discuti com o médico da Esadi as informações sobre o procedimento denominado Dilatação Endoscópica de Esôfago. Entendi que serei submetido(a) a um procedimento indicado pelo meu médico assistente que consiste no alargamento de uma região de meu esôfago que se encontra estreitada, através da utilização de instrumentos dilatadores com auxílio da endoscopia digestiva alta.
2. Estou ciente de que a endoscopia digestiva alta é um procedimento que consiste na passagem de um aparelho através da boca para acesso, avaliação e instrumentação do interior do esôfago e, se possível, do estômago e duodeno.
3. Tenho ciência de que o exame poderá ser suspenso (estando indicada sua repetição sob melhores condições) se houver a presença de restos alimentares em quantidade significativa no esôfago. O jejum de 12 horas e a sugestão de evitar refeições copiosas na noite que precede o exame têm como objetivo garantir que o esôfago esteja vazio no momento de sua realização, porém em pessoas com estreitamento importante pode haver presença de alimentos em quantidade suficiente para comprometer a qualidade e a segurança do exame levando à sua suspensão. Obstruções que impedem a passagem do dilatador também levam à incapacidade de realizar o procedimento com sucesso.
4. Sei que, no preparo para o exame, receberei uma dose de dimeticona (líquido que dissolve bolhas de saliva que atrapalham o exame) e que um líquido anestésico local será borrifado em minha garganta para evitar esforço de náuseas e vômitos durante a passagem do aparelho, tornando-a mais fácil e confortável.
5. Estou ciente de que será administrada sedação através da injeção em uma veia de meu braço ou mão de um medicamento que me fará relaxar, permitindo o exame com mais conforto e facilidade. Sua realização e o tipo de sedação empregada dependerão da avaliação de meu estado clínico pelo médico examinador. Fui informado(a) de que sedação não é igual a anestesia geral, procedimento no qual níveis mais profundos de inconsciência são atingidos.

6. Estou informado(a) de que, apesar de raras, complicações relacionadas à sedação ou à anestesia da garganta podem acontecer: dor ou inflamação no local de aplicação da injeção, reações alérgicas ou problemas cardiorrespiratórios. Assim, informei ao médico examinador se sou alérgico(a) a medicamentos, se tenho problemas cardíacos ou respiratórios ou se tenho experiência anterior de problemas em procedimentos que tenham envolvido sedação ou uso de anestésicos locais.
7. Sei que existe risco de sangramento durante o exame e até alguns dias após o mesmo. O risco é baixo porém existe. Por isto, informei ao médico examinador se estou em uso de anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, anti-inflamatórios ou se sou portador(a) de alguma condição que compromete a coagulação adequada do sangue. Da mesma forma, sei que existe risco não desprezível de perfuração do esôfago na região sendo dilatada, e que isto pode requerer internação hospitalar, uso de antibióticos e de sonda nasogástrica e eventualmente cirurgia. Estou ciente de que a equipe médica da Esadi está preparada para tratar adequadamente eventuais complicações e de que serei examinado(a) em ambiente hospitalar para maior segurança.
8. Fui informado(a) de que após o exame poderei sentir dor, náuseas, estufamento e cólicas causados pela dilatação e pela presença de gases no intestino ou dor de garganta relacionada à passagem do aparelho. Sei que são sintomas habitualmente leves e passageiros quando ocorrem, e que devo entrar em contato com a equipe da Esadi na ocorrência de dor mais intensa ou de outros sintomas que exijam atenção médica.
9. Também estou ciente de que deverei seguir estritamente as orientações alimentares fornecidas pela equipe da Esadi no período após o procedimento.
10. Compreendi que para realizar o exame com sedação, deverei estar acompanhado(a) por pessoa adulta apta a me levar para casa e que o médico examinador se negará a realizar o procedimento se tal norma não for observada. Entendi que não estarei apto(a) a conduzir veículos, operar máquinas ou realizar trabalhos que exijam lucidez por um período de 12 horas e que somente serei liberado(a) das dependências da clínica quando a equipe da Esadi determinar que estou em boas condições clínicas para alta. Fui alertado(a) para a possibilidade de não recordar parcial ou totalmente do que ocorreu após a administração da sedação (esta é uma ação do sedativo), portanto devo evitar telefonemas, conversas e decisões importantes durante o período de recuperação.
11. Declaro que li e compreendi o conteúdo deste documento, dirimi eventuais dúvidas com a equipe médica, e autorizei a equipe Esadi a realizar o procedimento acima mencionado. Sei que ainda posso me recusar a ser submetido ao procedimento cancelando este termo de consentimento informado antes de sua realização.

---

Paciente – assinatura

---

Acompanhante – assinatura