

**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  
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

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 Endoscopia Digestiva Alta. Entendi que serei submetido(a) a um exame indicado pelo meu médico assistente que envolve a passagem de um aparelho através da boca para avaliação do interior do esôfago, estômago e duodeno. Compreendi que o durante o exame poderão ser realizadas biópsias, polipectomias e escleroses quando julgadas necessárias pelo médico examinador.
2. Estou ciente de que biópsia consiste na retirada de pequenos fragmentos da mucosa do esôfago, estômago ou duodeno para avaliação histológica (exame com microscópio); polipectomia significa a retirada de pólipos (elevações da mucosa que podem ter a aparência de verrugas) e esclerose se refere à injeção de substâncias em vasos sanguíneos ou em lesões com o objetivo de conter ou prevenir hemorragias.
3. Tenho ciência de que o exame poderá ser incompleto ou insatisfatório (podendo estar indicada sua repetição) se houver a presença de restos alimentares em quantidade significativa no estômago. O jejum de 12 horas e a sugestão de evitar refeições copiosas na noite que precede o exame têm como objetivo garantir que o estômago esteja vazio no momento de sua realização, porém em pessoas com esvaziamento do estômago alterado (por problemas na função propulsora do órgão ou por obstruções), pode haver presença de alimentos em quantidade suficiente para comprometer a segurança e a qualidade do exame e obrigar sua interrupção e repetição sob melhores condições. Obstruções que impedem a passagem do aparelho também levam à incapacidade de examinar toda a extensão proposta.
4. Sei que, no preparo para o exame, receberei uma dose de dimeticona (líquido que dissolve bolhas de saliva que, quando presentes no estômago, 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 (estamos) ciente(s) de que o procedimento será realizado sob sedação profunda, sendo utilizada uma substância chamada propofol, administrada por médico anestesista da AnesteClin, sendo necessário a realização de avaliação antes do exame por este profissional, o que poderá ser feito, conforme o caso e as condições clínicas, em seu consultório ou no ambiente em que será realizado o procedimento, momentos antes

do mesmo, onde, a fim de prevenir a afastar eventuais problemas, prestarei (mos) todas as informações relativas às condições médicas, físicas, psicológicas da minha pessoa (do paciente), informações estas que serão transcritas para a Ficha de Avaliação Pré-Anestésica;

6. Estou (estamos) ciente(s), através de informações do médico anesthesiologista, dos riscos inerentes e naturais da sedação profunda;
7. Reconheço (reconhecemos) que o(s) médico(s) anesthesiologista(s) que aplicará(rão) a sedação profunda exerce(m) atividade do meio, ou seja, obriga-se a prestar seus serviços da melhor forma e condições que lhe forem possíveis, agindo com a melhor técnica, zelo profissional e diligência em busca de seus objetivos;
8. Estou (estamos) informado(s) de que, apesar de raras, complicações relacionadas à sedação profunda ou à anestesia da garganta podem acontecer: dor ou inflamação no local de aplicação da injeção, reações alérgicas ou problemas cardiorrespiratórios. Assim, informei (informamos) ao médico examinador se sou (o paciente) alérgico(a) a medicamentos, se tenho problemas cardíacos ou respiratórios ou se tenho experiência anterior de problemas em procedimentos que tenham envolvido sedação, anestesia geral ou uso de anestésicos locais. Sei que existe risco de sangramento em procedimentos como biópsias, polipectomias e escleroses, podendo ocorrer durante o exame ou até alguns dias após o mesmo. O risco é muito 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 um risco, também muito baixo, de perfuração do esôfago, estômago ou duodeno. 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.
9. Fui informado(a) de que após o exame poderei sentir náuseas, estufamento e cólicas causados 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.
10. Compreendi que, para realizar o exame sob sedação, deverei estar acompanhado(a) por alguém apto a me levar para casa após o procedimento 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 4 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 exame, cancelando este termo de consentimento informado antes da realização do procedimento.

---

Paciente – assinatura

---

Acompanhante – assinatura