

**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:

DN:

COD:

Acompanhante / Responsável:

Data e Horário do Exame:

Médico Examinador:

1. Eu (nós) recebi(emos), li(lemos) e discuti(mos) com o médico da Esadi as informações sobre o procedimento denominado Dilatação Endoscópica de Esôfago. Entendi(emos) que serei submetido(a)(opaciente) 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(amos) ciente(s) 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(emos) 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 (sabemos) 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 (estamos) ciente(s) de que o procedimento será realizado sob sedação profunda, sendo utilizada uma substância chamada propofol, administrada por médico anesthesiologista 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;**  
**Estou (estamos) ciente(s), através de informações do médico anesthesiologista, dos riscos inerentes e naturais da**

sedação profunda;

Reconheço (reconhecemos) que o(s) médico(s) anestesiológico(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;

6. Estou(amos) informado(a)(s) 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(amos) ao médico examinador se apresento alergia (o paciente) a medicamentos, se apresento (o paciente) problemas cardíacos ou respiratórios ou se tenho experiência anterior de problemas em procedimentos que tenham envolvido sedação ou uso de anestésicos locais.
7. Sei(sabemos) que existe risco de sangramento durante o exame e até alguns dias após o mesmo. O risco é baixo porém existe. Por isto, informei (amos) 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(sabemos) 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(amos) 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) (fomos) de que após o exame poderei(o paciente) 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(sabemos) que são sintomas habitualmente leves e passageiros quando ocorrem, e que devo (emos) 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(estamos)ciente de que deverei (emos) seguir estritamente as orientações alimentares fornecidas pela equipe da Esadi no período após o procedimento.
10. Compreendi(demos) que, para realizar o exame sob sedação, deverei(o paciente) estar acompanhado(a) por alguém apto (adulto) a me levar (o paciente) para casa após o procedimento e que o médico examinador se negará a realizar o procedimento se tal norma não for observada. Entendi (demos) que não estarei apto(a) (o paciente) a conduzir veículos, operar máquinas ou realizar trabalhos que exijam lucidez por um período de 4 horas e que somente serei liberado(a) (o paciente) das dependências da clínica quando a equipe da Esadi determinar que estou em boas condições clínicas para alta. Fui (fomos) alertado(a)(s) 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(o paciente) evitar telefonemas, conversas e decisões importantes durante o período de recuperação.
11. Declaro (amos) que li (lemos) e compreendi(demos) o conteúdo deste documento, esclareci (emos) eventuais dúvidas com a equipe médica, e autorizei(amos)a equipe Esadi a realizar o procedimento acima mencionado. Sei(sabemos) 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

---

Testemunha