

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
LIGADURA ELÁSTICA DE VARIZES 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 Ligadura Elástica de Varizes de Esôfago. 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 e aplicação de anéis elásticos de borracha a varizes de esôfago, visando interromper o fluxo sanguíneo nestas e assim conter ou diminuir o risco de sangramentos. Compreendi que o tratamento completo visa a eliminação das varizes, o que pode requerer várias sessões (em média 3 ou 4), realizadas habitualmente a cada cerca de 15 dias. Fui informado(a) de que as varizes podem se formar novamente depois de um período variável de tempo, e que por este motivo exames endoscópicos de controle deverão ser realizados periodicamente, com indicação de novas sessões de ligadura se necessário.
2. Estou ciente de que varizes de esôfago são veias dilatadas presentes no esôfago, com risco de rotura e conseqüente sangramento potencialmente grave, e que o tratamento com ligadura elástica está indicado tanto no sangramento ativo (com o objetivo de interrompê-lo) quanto em varizes não sangrantes de alto risco para hemorragia (visando reduzir as chances de sangramento).
3. Tenho ciência de que pode haver insucesso do procedimento na contenção de hemorragias ativas quando o sangramento é muito intenso, pois este dificulta a visualização das varizes e inviabiliza tecnicamente as tentativas de ligadura. Neste caso, estará indicada a tentativa de controle do sangramento através de outros métodos. Fui orientado(a) a respeitar jejum de 12 horas antes das sessões e a evitar refeições copiosas na noite que antecede o procedimento no caso de sessões eletivas para tratamento de varizes sem sangramento ativo.
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 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 e 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. Sei que existe risco de formação de úlceras no local de aplicação dos anéis alguns dias após o procedimento. Estas lesões são habitualmente superficiais e cicatrizam rapidamente, porém em raros casos podem dar origem a sangramentos que exigirão atenção médica. Há também risco não desprezível de aspiração de sangue e secreções para o pulmão, com conseqüente pneumonia. Também fui informado(a) de que após o procedimento podem acontecer dificuldade transitória para engolir e dor no peito. 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.
10. 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.
11. 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.

12. 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(a) ao exame, cancelando este termo de consentimento informado antes da realização do procedimento.

Paciente – assinatura

Acompanhante – assinatura