

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
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO POR 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 Retirada de Corpo Estranho por 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 avaliar o interior do esôfago, estômago e duodeno e realizar tentativa de retirada de corpo estranho.
2. Estou ciente de que retirada de corpo estranho consiste na extração de qualquer objeto que se encontra no esôfago, estômago ou duodeno trazendo problemas ou riscos – seja por presença ou possibilidade de perfuração (objetos pontiagudos), de obstrução (objetos grandes e/ou impactados) ou de lesões químicas (como no caso de pilhas ou baterias alojadas em esôfago). Sei que o corpo estranho pode estar impactado (preso), ser de grande tamanho ou apresentar pontas. Por isso, compreendo que pode haver dificuldade para sua retirada e que ocasionalmente não se consegue retirá-lo através da endoscopia, sendo então necessário recorrer a outros métodos para a resolução do problema.
3. Sei 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.
4. 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 de que sedação não é igual a anestesia geral, procedimento no qual níveis mais profundos de inconsciência são atingidos.
5. 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.
6. Fui informado de que a realização do procedimento sem um período adequado de jejum prévio traz risco de vômitos com possível aspiração de restos alimentares para o pulmão, com conseqüente pneumonia. Assim,

naqueles casos em que há baixo risco de complicações imediatas decorrentes da presença do corpo estranho em trato digestivo alto, pode-se optar por aguardar algumas horas para a realização do procedimento, que desta forma será feito com estômago vazio e menor risco de aspiração. Já em outros casos, não se pode aguardar para retirar o corpo estranho devido ao alto risco de complicações imediatas dele decorrentes, sendo sua retirada uma emergência médica. Nestes casos, o risco de deixar o corpo estranho por mais tempo no tubo digestivo é maior do que o risco da aspiração, e assim o procedimento é feito imediatamente, mesmo correndo o risco acima descrito.

7. Fui informado(a) de que a tentativa de retirada de corpo estranho pode ocasionar feridas na parede de esôfago, estômago e duodeno, com risco de sangramento durante o procedimento 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 a endoscopia pode mostrar que o corpo estranho (neste caso geralmente pontiagudo) penetrou profundamente na parede do órgão, podendo tê-lo perfurado e que existem riscos, também baixos, de obstrução, laceração e perfuração do esôfago, estômago ou duodeno pela própria extração do corpo estranho. 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 dores e dificuldade para engolir causadas pelo trauma relacionado diretamente ao corpo estranho e também às manobras necessárias para sua retirada, dor de garganta relacionada à passagem do aparelho e náuseas, estufamento e cólicas devido à presença de gases no intestino. 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. Compreendi que, para realizar o procedimento sob 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.
10. 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