 Clínica Médica Meirelles

**ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**

AUTORIZAÇÃO E ESCLARECIMENTO PARA SUA REALIZAÇÃO

Para realizar este exame é aplicada na garganta sob forma de (spray), uma medicação anestésica chamada Lidocaína (Xylocaina 10 %). Este medicamento é o mesmo utilizado por dentistas, sendo considerado muito seguro. Excepcionalmente pode ocorrer reação alérgica ao medicamento, com náusea, sonolência, depressão respiratória e convulsão.

Como sedativo é utilizado um derivado Benzodiazepínico (Diampax ou Dormonid), Meperidina (Dolantina), ou Propofol injetável. Esta aplicação pode ocasionalmente causar reação irritativa no local da aplicação (flebite), hipotensão, vertigem, amnésia e, excepcionalmente reação mais séria como quadro de depressão respiratória.

Este exame é realizado com dose mínima de sedativo e, portanto, a chance de ocorrer algum tipo de reação é rara.

Devido ao uso de sedativo, o paciente **NÃO PODE** dirigir automóvel ou outros veículos, durante **TODO** o dia após a realização do mesmo.

Se houver necessidade de realização de biópsia, esta será feita durante o exame. Neste caso haverá a inclusão de um exame anatomopatológico do material retirado. A biópsia é um procedimento simples e praticamente isento de complicações.

Qualquer dúvida sobre o exame pergunte ao médico realizador do exame.

**AUTORIZAÇÃO**

Li as informações acima e declaro estar ciente das possíveis complicações relacionadas ao procedimento. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente, razão pela qual não tenho dúvidas a respeito. Assim sendo, autorizo a realização do exame, pelo

Médico ...................................................................

Nome do paciente legível: ................................................................

RG .................................................................

Nome do acompanhante: ................................................................

RG .................................................................

.............................................................................

Assinatura do paciente ou representante legal

Vinhedo, .......... de ..................... de 20 ....



Estas informações serão úteis para a realização de sua endoscopia e trarão maior conforto. Caso haja qualquer dúvida, por favor, converse com o médico que poderá auxiliá-lo (a).

Nome Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data Nasc:\_\_\_/\_\_/\_\_\_ Sexo:\_\_\_\_

Idade:\_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_\_\_\_ Peso:\_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_

Data do exame: \_\_/\_\_/\_\_\_ Médico responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Convenio:\_\_\_\_\_\_\_\_

1 - É portador de:

Cardiopatia não ( ) sim ( )

Hipertensão não ( ) sim ( )

Diabetes não ( ) sim ( )

Problemas Respiratório não ( ) sim ( )

Alergia a medicação não ( ) sim ( ) Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Outras doenças \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2 - Faz uso de algum medicamento? não ( ) sim ( ) Qual\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3- Faz uso de algum anticoagulante? não ( ) sim ( )

AAS / Aspirina não ( ) sim ( ) Marevan não ( ) sim ( )

Clopidrogrel não ( ) sim ( ) Marcoumar não ( ) sim ( )

Clexane não ( ) sim ( ) Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4- Gestante? não ( ) sim ( ) Amamentação? Não ( ) sim ( )

Data da última menstruação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5 – É portador de doença infecto–contagiosa? não ( ) sim ( ) Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6- Já realizou Endoscopia ? não ( ) sim ( ) Quando? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Resultado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7- Qual o principal motivo para a realização deste exame? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do Paciente ou Responsável legal**

**Relatório Enfermagem:**

Horário:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Identificação do Ap.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_