

COLONOSCOPIA E RETOSSIGMOIDOSCOPIA

AUTORIZAÇÃO E ESCLARECIMENTO PARA SUA REALIZAÇÃO

No preparo do paciente para o exame, deverá ser ingerido, pôr via oral, uma medicação chamada Manitol, que não é absorvida pelo organismo. Esta medicação ocasiona um quadro diarréico que permite a limpeza adequada do intestino. Em alguns casos, se a diarreia for acentuada, poderá ocorrer hipotensão (pressão baixa) ou leve desidratação.

Como o sedativo é utilizado um derivado benzodiazepínico, Meperidina e propofol injetável. Esta aplicação pode ocasionalmente causar reação irritativa no local da aplicação, hipotensão, vertigem, amnésia e, excepcionalmente quadro de depressão respiratória.

Nossos exames são realizados com suporte anestésico e com dosagem mínima de sedativo, portanto, a possibilidade de ocorre algum tipo de reação é infrequente

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

Se houver necessidade de realização de biópsia ou ressecção de pólipos, estes serão feitos durante o exame. Neste caso haverá a inclusão de exame anatomopatológico do material retirado. A biópsia e a ressecção de pólipos são procedimentos simples e praticamente isentos de complicações.

Segundo estatística americana, a chance de ocorrer uma complicação decorrente da colonoscopia é de:

hemorragia	0,05% para exame diagnóstico
	1,0% pós ressecção de pólipos
Perfuração:	0,22 % para exame diagnóstico
	0,5 % pós ressecção de pólipos

Qualquer dúvida do exame pergunte ao médico que realizará o procedimento.

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/colonoscopia e trarão maior conforto. Caso haja qualquer dúvida, por favor, converse com o médico que poderá auxiliá-lo (a).

Nome Paciente: _____ Data Nasc: ____/____/____
Idade: _____ Altura: _____ Peso: _____ Sexo: _____

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: _____
Heparina não () sim ()

4- Gestante? não () sim () Amamentação? Não () sim ()
Data da ultima menstruação: _____

5 - Já fez alguma cirurgia? Não () sim () Qual: _____

6 – É portador de doença infecto-contagiosa? não () sim () Qual? _____

7- Já realizou Endoscopia/Colonoscopia? 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.: _____

