

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 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 ocorrer 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.

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

6- 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.: _____

