



## GUIA DE PREPARO PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

É fundamental que o estômago esteja vazio para que a endoscopia possa ser realizada com segurança e qualidade. Com esse objetivo em mente, solicitamos seguir à risca as orientações abaixo.

### 1) JEJUM ALIMENTAR DE 12 HORAS

**Suspender a ingestão de alimentos  
12 horas antes da endoscopia.**

- ▶ Evite comer em grande quantidade na véspera do exame, no jantar, apenas uma sopa completamente líquida (batida no liquidificador e coada), gelatina ou biscoito de água e sal.

**É permitido tomar pequenos goles de água ou Gatorade de limão/laranja até 3 horas antes da endoscopia.**

### 2) PARA DIABÉTICOS OU ENDOSCOPIA ANTERIOR COM COMIDA NO ESTÔMAGO APESAR DO JEJUM

Alguns pacientes podem apresentar esvaziamento lento do estômago, tais como os portadores de diabetes mellitus, hipotireoidismo, cirurgia de úlcera gástrica no passado e cirurgia bariátrica prévia.

- ▶ Se você é portador de uma ou mais destas condições, para melhorar o esvaziamento gástrico, um dia antes da endoscopia, à noite, ao deitar, tomar 1 comprimido de PLASIL® 10 mg.

**Em caso de alergia ou outra contraindicação ao PLASIL®, solicite informação adicional para nossos colaboradores.**

### 3) TRAZER UM ACOMPANHANTE

Para realizar a endoscopia com segurança e qualidade, é necessário o uso de sedativos endovenosos que lhe farão dormir confortavelmente por alguns minutos.

Ao acordar, é comum ocorrer sonolência e dificuldade para caminhar e se equilibrar (algo semelhante ao estado de embriaguez alcoólica). Esses efeitos são leves e transitórios, com rápida recuperação.

Contudo, é **totalmente desaconselhável**, após uma endoscopia com sedação endovenosa, participar de atividades de risco pelo resto do dia, tais como: 1) dirigir automóveis e motocicletas, 2) andar na carona de motocicletas, 3) cozinhar ou preparar refeições (risco de queimaduras e acidentes com facas e outros utensílios perfurocortantes).

**A liberação do paciente para retorno ao lar, acontecerá somente na presença de acompanhante, maior de 18 anos de idade, totalmente capaz, que foi previamente identificado.**

### 4) O QUE FAZER EM CASO DE HIPOGLICEMIA DO JEJUM

Algumas pessoas, quando ficam em jejum, podem apresentar queda no nível sanguíneo de glicose (hipoglicemia), manifestado pelos seguintes sintomas: tonturas, visão turva, tremores, suor frio, batadeira no coração e sensação de desmaio.

Para controlar a hipoglicemia, ingerir pequenas quantidades de água com açúcar, colocar uma bala ou pequena quantidade de mel na boca, mesmo quando o paciente for diabético.

**No dia da endoscopia, os pacientes portadores de diabetes devem interromper o uso de medicamentos que baixam a glicose sanguínea (insulinas, Daonil®, Diabinese®, Metformina, Januvia®, Janumet®, Jardiance® etc).**

### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- 1) Esmalte nas unhas:** durante o exame é realizada a monitorização da oxigenação sanguínea com um aparelho colocado na ponta do dedo (oxímetro de pulso). Esse equipamento não funciona bem com unhas pintadas. Logo, se esse for o caso, será necessária a remoção do esmalte da unha de um dos dedos das mãos.
- 2) A não autorização do exame pela operadora de planos de saúde, implicará no cancelamento do procedimento. Por essa razão, confirme, com antecedência, se a execução do seu exame foi autorizada e evite aborrecimentos.**
- 3) Atrasos podem ocorrer:** a maioria dos exames tem duração semelhante. Contudo, muitas situações imprevisíveis podem aumentar o tempo de um exame. Atrasos acontecem quando: a) o acesso venoso é de difícil punção; b) sangramentos são identificados durante o exame, c) alguma lesão é encontrada, precisa ser removida ou biopsiada, d) ocorre reação alérgica, que será prontamente tratada. A segurança dos nossos pacientes é prioridade. Você será informado sempre que um atraso ocorrer.
- 4) Quando uma lesão é retirada ou biopsiada, o material é encaminhado para análise em Laboratório de Anatomia Patológica, gerando custo adicional.** O laudo costuma ser liberado em 5 dias úteis e pode ser retirado na clínica.

# TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO & AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

## ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA SOB SEDAÇÃO ENDOVENOSA



NOME DO(A) PACIENTE

DATA DO EXAME

DATA DE NASCIMENTO

PESO

ALTURA



A Resolução 1.886/2008 do Conselho Federal de Medicina determina que o procedimento endoscópico deverá ser suspenso se o paciente apresentar-se ao serviço sem a companhia de pessoa que se responsabilize por acompanhá-lo durante o exame e no retorno ao lar.

NOME DO(A) ACOMPANHANTE

TELEFONE

ASSINATURA

### PERGUNTAS IMPORTANTES SOBRE O SEU HISTÓRICO DE SAÚDE

1	Está ou esteve recentemente em tratamento médico? Qual(is)? Se SIM, informe ao lado no campo <b>A</b> .	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
2	Você está tomando algum remédio? Se SIM, informe ao lado no campo <b>B</b> .	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
3	Você usa regularmente ou usou recentemente medicamentos que alteram a coagulação sanguínea?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
4	Você está grávida ou suspeita que possa estar?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
5	É portador de Diabetes?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
6	Tem alergia? Se SIM, informe ao lado no campo <b>C</b> .	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
7	Tem anemia ou sofre de doença renal?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
8	Tem problemas respiratórios? ASMA? BRONQUITE? OUTROS?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
9	É portador do HIV, vírus da hepatite B ou C?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
10	Quando se fere, sangra muito ou demora a cicatrizar?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
11	Tem problemas de pressão arterial alta ou baixa?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
12	Tem problemas de coração? VÁLVULA? MARCAPASSO? OUTROS?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
13	Já foi operado ou teve alguma doença grave? Se SIM, informe no campo <b>A</b> .	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
14	Existe algo importante sobre sua saúde que não foi perguntado aqui? Se SIM, informe no campo <b>A</b> .	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

**ANOTE ABAIXO OS TRATAMENTOS E/OU CIRURGIAS QUE VOCÊ JÁ REALIZOU**

**A**

**ANOTE ABAIXO TODOS OS MEDICAMENTOS QUE VOCÊ ESTÁ TOMANDO**

**B**

**ANOTE ABAIXO AS ALERGIAS QUE VOCÊ TEM OU QUE VOCÊ SUSPEITA TER**

**C**

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A *Endoscopia Digestiva Alta* sob sedação endovenosa é um procedimento seguro, examina o esôfago, estômago e duodeno, sendo possível o diagnóstico de algumas doenças nestes sítios. Permite ainda realizar biópsias, remover a maioria dos pólipos, controlar sangramentos, retirar corpos estranhos etc.

No entanto, como em todo ato médico, o risco de complicações existe. O tratamento de algumas complicações depende de internação hospitalar e cirurgia. As possíveis complicações da endoscopia digestiva alta incluem as abaixo citadas:

1) febre; 2) vermelhão ou hematomas na punção venosa; 3) gases e cólicas na barriga; 4) aftas orais; 5) dor e desconforto temporário para engolir; 6) rouquidão temporária; 7) arritmia cardíaca; 8) reações alérgicas; 9) dificuldade para respirar; 10) perfurações e sangramentos e 11) descolamento de dentes postíços.

CONFORME O SEU JULGAMENTO, RESPONDER SIM OU NÃO PARA CADA UMA DAS PERGUNTAS ABAIXO

<input checked="" type="radio"/>	Você foi adequadamente informado(a) dos riscos e benefícios da <b>endoscopia digestiva alta sob sedação endovenosa</b> e manifesta seu irrestrito consentimento para a realização do procedimento?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
<input checked="" type="radio"/>	Você autoriza o médico a realizar o tratamento imediato de qualquer uma das complicações possíveis, com custo financeiro adicional, incluindo a transferência para um hospital e cirurgia, caso necessário(s)?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
<input checked="" type="radio"/>	Caso se encontre alguma lesão durante o exame, você autoriza, a critério médico, a retirada ou biópsia dessa lesão e declara estar ciente e de acordo com o custo financeiro adicional gerado?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
<input checked="" type="radio"/>	Você está ciente e de acordo que é TOTALMENTE DESACONSELHÁVEL dirigir automóveis e realizar atividades que necessitem de atenção, equilíbrio e reflexos rápidos por 12 horas após receber sedativos endovenosos?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

ASSINATURA DO(A) PACIENTE

ASSINATURA E CARIMBO DO(A) MÉDICO(A) ANESTESISTA