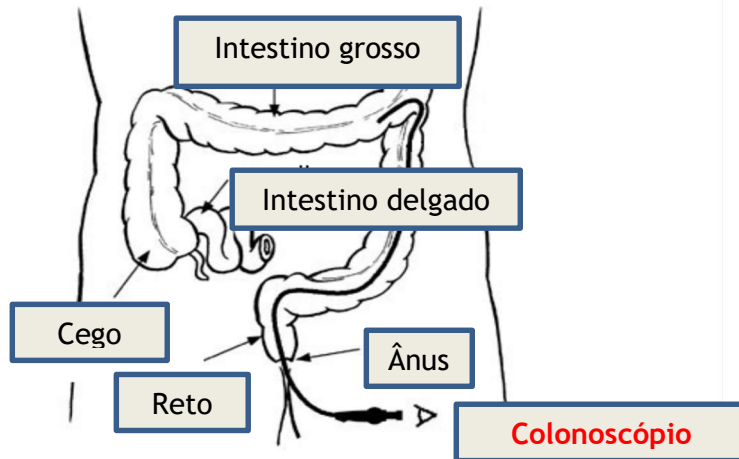


Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia - Diretor Prof. Doutor Rui Tato Marinho  
Unidade Técnicas de Gastrenterologia- Coordenador- Prof. Doutor Luis Carrilho Ribeiro

## CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA COLONOSCOPIA COM OU SEM SEDAÇÃO (INCLUINDO EVENTUAIS BIÓPSIAS/POLIPECTOMIA/ENDOTERAPIA)



- O seu Médico Assistente propôs a realização deste exame para o ajudar a compreender a sua situação e promover a sua resolução.
- A Equipa que o irá realizar tudo fará para que o exame decorra sem problemas.
- Estamos ao seu inteiro dispor para qualquer esclarecimento que entenda colocar ou sugestão para melhorarmos os nossos serviços.
- A sua satisfação é um dos nossos objetivos.

Diagnóstico e/ou descrição da situação clínica:

Diagnóstico/indicação

- **INFORME-NOS SE É ALÉRGICO(A) A ALGUM MEDICAMENTO.**
- **Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo**

A Colonoscopia é uma técnica endoscópica utilizada para visualizar o intestino grosso. Trata-se, por si só, de um procedimento sempre invasivo, independentemente de serem realizadas, ou não, intervenções diagnósticas ou terapêuticas adicionais (biopsias, remoção de pólipos, tratamento de lesões sangrantes, dilatações, etc). Estas intervenções podem aumentar ligeiramente os riscos, mas, ainda assim, a colonoscopia é um procedimento relativamente seguro, com uma taxa global de complicações inferior a 1%.

Se o seu exame estiver marcado com sedação/anestesia, esta será administrada por um médico que o vigiará durante todo o procedimento. Há riscos associados à sedação, nomeadamente problemas cardiorrespiratórios e reações alérgicas aos fármacos administrados.

O objetivo é realizar colonoscopia total, mas nem sempre é possível por diversos motivos.

A colonoscopia não é um exame 100% fiável, mesmo realizado com o máximo cuidado e sob as

Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia - Diretor Prof. Doutor Rui Tato Marinho  
Unidade Técnicas de Gastrenterologia- Coordenador- Prof. Doutor Luis Carrilho Ribeiro

## CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA COLONOSCOPIA COM OU SEM SEDAÇÃO (INCLUINDO EVENTUAIS BIÓPSIAS/POLIPECTOMIA/ENDOTERAPIA)

melhores condições. Alguns pólipos e mesmo carcinomas colo-retais podem não ser detetados.

### Riscos do ato/intervenção. Os efeitos adversos mais comuns são:

- Dor ou desconforto ligeiros a nível abdominal (barriga) que geralmente melhoram se fizer uma caminhada e conseguir expulsar algum ar;
- Náuseas e/ou vômitos;
- Sensação de tonturas ou até mesmo desmaio, quando se levantar após o exame;
- Cefaleias (“dores de cabeça”);
- Dor, eritema (“vermelhidão”) ou mesmo infeção ou hematoma no local da punção venosa;
- Dores musculares;
- Alergia a medicamentos administrados durante o exame.

As principais complicações graves, embora raras, são:

- A perfuração (rotura) do intestino ou do cólon. O risco de perfuração é agravado em determinados grupos/situações: idade superior a 75 anos; sexo feminino; múltiplos problemas de saúde, com risco anestésico mais elevado; cirurgias abdominais e/ou pélvicas anteriores, tais como histerectomia (remoção do útero), com desenvolvimento de aderências (“intestino fixo”); história de radioterapia abdominal e/ou pélvica; presença de múltiplos divertículos no intestino grosso; presença de doença inflamatória intestinal, com atividade severa no momento da endoscopia e sobretudo, se estiver medicado com corticoesteróides; terapêutica de lesões/pólipos, sobretudo se apresentarem determinadas características (grandes dimensões, planos, localizados no colon proximal); dilatação de estenoses;
- A síndrome pós-polipectomia (dor abdominal, febre, sinais de peritonite/infeção localizada);
- A hemorragia, que está geralmente associada à polipectomia/biopsias. É um pouco mais frequente se apresentar plaquetas baixas e/ou problemas na coagulação do sangue ou tomar medicamentos anticoagulantes ou anti-agregantes;
- Em algumas circunstâncias especiais como impossibilidade prévia de realizar colonoscopia total, pólipos mais complexos os riscos de complicação poderão ser maiores e com frequência estes exames são efetuados em meio hospitalar.
- O risco de perfuração num exame é de 1/1000, em casos muito raros poderá ocorrer a morte.

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente confirmada

- As alternativas à Colonoscopia são limitadas. A colonoscopia é um exame que ajuda a reduzir o risco de morrer por cancro do cólon e reto, que é o cancro mais frequente dos portugueses.
- No momento em que o seu Médico Assistente lhe solicitou este exame/intervenção, deve ter-lhe explicado em que consiste, os objetivos e os riscos associados.
- Caso não deseje realizar colonoscopia deve falar com o seu Médico Assistente e ponderar os exames alternativos. Dependendo da indicação do exame podem existir alternativas que devem ser discutidas com o seu médico assistente, como a colonografia por TC (“colonoscopia virtual”), a colonoscopia por cápsula e a pesquisa de sangue oculto nas fezes (esta última apenas para rastreio de cancro do colon em indivíduos assintomáticos e sem história familiar de neoplasia colo-retal).
- Estas alternativas são essencialmente para diagnóstico, não estão indicadas em todas as circunstâncias, têm várias limitações comparativamente à colonoscopia e não são isentas de riscos. Caso tenha necessidade de terapêutica, terá sempre de se sujeitar a uma colonoscopia ou a um procedimento cirúrgico.
- É importante salientar que, dependendo da indicação, corre riscos adicionais se não realizar a colonoscopia, nomeadamente atrasos no diagnóstico de doenças relevantes como cancro colo-retal

Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia - Diretor Prof. Doutor Rui Tato Marinho  
Unidade Técnicas de Gastrenterologia- Coordenador- Prof. Doutor Luis Carrilho Ribeiro

## CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA COLONOSCOPIA COM OU SEM SEDAÇÃO (INCLUINDO EVENTUAIS BIÓPSIAS/POLIPECTOMIA/ENDOTERAPIA)

e na terapêutica de pólipos do cólon (que é na maioria dos casos curativa).

- Se tiver alguma dúvida quanto à indicação para realizar este exame/intervenção deve obter esclarecimentos adicionais junto do seu Médico Assistente. Também terá a possibilidade de conversar com o Médico Gastrenterologista e com o Anestesiologista (se o seu exame estiver marcado com sedação) antes de realizar a colonoscopia.

### Recomendações adicionais:

1. **Planeie o seu exame:** trate de ter um acompanhante à hora de alta no caso de ser sedado
2. **Cumpra rigorosamente o jejum** de 6 horas antes do exame; se não estiver em jejum avise a equipa médica! Pode sofrer graves danos no decurso do exame pelo facto de não estar em jejum rigoroso.
3. **Caso o seu exame esteja programado sob sedação** deve cumprir rigorosamente o período de jejum que lhe for recomendado na respetiva preparação e é obrigatório que se faça acompanhar de alguém que possa conduzir e ficar consigo nas 12 a 24 horas após o exame. Se não estiver acompanhado ou se reside sozinho e se não tem acompanhante na noite após o exame poderá ter de permanecer no hospital.
4. Após um exame sob sedação não pode conduzir, realizar atividades de responsabilidade elevada/risco mais significativo ou assinar documentos com valor legal nas 12 a 24 horas subsequentes.
5. Traga sempre a lista de todos os medicamentos que está a tomar e mostre-os à equipa antes do exame.
6. Isto é especialmente relevante se estiver medicado com ácido acetilsalicílico (ex. Aspirina®, AAS®, Cartia®, Tromalyt®), clopidogrel (ex. Plavix®), prasugrel (ex. Efient®) ticagrelor (ex. Brilique®), ticlopidina (ex. Tiklyd®, Plaquetal®, Ticlodix®), varfarina (Varfine®), acenocumarol (Sintron®), fluindiona ou os novos anticoagulantes orais (ex. Pradaxa®, Xarelto®, Eliquis®, Lixiana®).
7. **Transmita imediatamente à equipa se é alérgico** a alguma coisa e se é portador de algum dispositivo médico tipo pacemaker ou desfibrilhador implantável.
8. Transmita também se já foi submetido a uma cirurgia cardíaca com substituição de válvulas e o seu cardiologista/cirurgião cardiotorácico lhe indicou expressamente que deve fazer antibióticos antes de determinadas intervenções como limpeza/reparações dentárias.
9. **Cumpra as indicações da preparação intestinal. Uma preparação adequada é muito importante para a realização do exame de modo seguro e eficaz**
10. Se não puder comparecer, ou tiver alguma dúvida contacte-nos
11. A equipa tudo fará todos os esforços para que o exame corra pelo melhor e que esteja confortável!!!
12. Se TIVER DOR ABDOMINAL NAS HORAS QUE SE SEGUEM AO EXAME, CONTACTE-NOS LOGO DE SEGUIDA, OU QUALQUER OUTRO SERVIÇO DE SAÚDE (Urgência).

### Contactos:

**Unidade de Técnicas de Gastrenterologia (Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia)**

E-mail: [enfermagemutg@chln.min-saude.pt](mailto:enfermagemutg@chln.min-saude.pt)

Secretariado: Fax: **217 085 683**/ Telefone: **217 805 242**

**Médico (e-mail/ telefone):** \_\_\_\_\_

Foi facultada informação documental sobre o(s) procedimento(s).

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e



Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia - Diretor Prof. Doutor Rui Tato Marinho  
Unidade Técnicas de Gastrenterologia- Coordenador- Prof. Doutor Luis Carrilho Ribeiro

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA COLONOSCOPIA  
COM OU SEM SEDAÇÃO (INCLUINDO EVENTUAIS BIÓPSIAS/POLIPECTOMIA/ENDOTERAPIA)**

assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada de decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do Profissional de Saúde: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nº Cédula Profissional / Nº Mecnográfico (se não aplicável a primeira disposição): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Contacto institucional do profissional de saúde: \_\_\_\_\_



Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia - Diretor Prof. Doutor Rui Tato Marinho  
Unidade Técnicas de Gastrenterologia- Coordenador- Prof. Doutor Luis Carrilho Ribeiro

## CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA COLONOSCOPIA COM OU SEM SEDAÇÃO (INCLUINDO EVENTUAIS BIÓPSIAS/POLIPECTOMIA/ENDOTERAPIA) À PESSOA / REPRESENTANTE

**Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a – esse é um direito que o assiste. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.** É fundamental que informe o médico gastrenterologista do seu historial clínico, nomeadamente da medicação que está a tomar! Preste especial atenção à Tabela anexa que deve preencher com o máximo rigor, sob pena de aumentar os riscos associados ao exame. **Declaro:**

- Ter compreendido os objetivos do que foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, bem como a nota explicativa do procedimento [quando aplicável];
- Ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação;
- Ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta;
- Saber que mantenho o direito de revogar a qualquer momento este Consentimento Livre e Esclarecido, antes que o procedimento objeto deste consentimento se realize;
- Que me foram fornecidas todas estas informações, verbalmente e por escrito, em linguagem coloquial, dentro dos limites da minha compreensão, e que todas as dúvidas em relação aos procedimentos previstos foram esclarecidas;
- Ter fornecido toda a informação sobre o meu estado de saúde, doenças, medicação à qual sou alérgico e medicação de uso crónico ou eventual, e que fui informado quanto à necessidade de manutenção ou cessação da mesma.

AUTORIZO / NÃO AUTORIZO (**riscar o que não interessa**) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE  
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima)**

Nome: \_\_\_\_\_

Doc. Identificação Nº: \_\_\_\_\_ Data de validade: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Grau de parentesco com o doente ou tipo de representação: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_