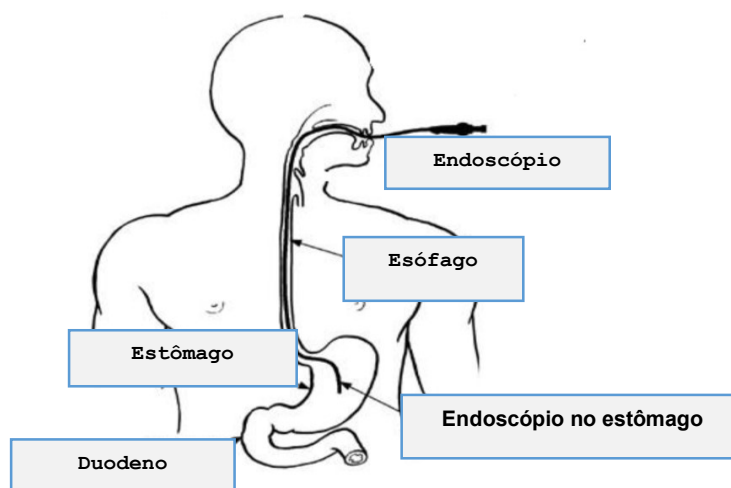


Direção do Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia - Prof. Doutor Rui Tato Marinho
Unidade Técnicas de Gastrenterologia - Coordenador - Prof. Doutor Luis Carrilho Ribeiro

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENDOSCOPIA ALTA 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 tudo decorra sem problemas.

Esteja à vontade para dar sugestões, queremos o seu conforto.

Diagnóstico / indicação

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

A Endoscopia Digestiva Alta (EDA) é um procedimento utilizado para visualizar o tubo digestivo superior, nomeadamente o esófago, estômago e a porção inicial do duodeno, através de um tubo longo e flexível, com cerca de 10 mm de diâmetro, equipado com uma pequena câmara na extremidade. Trata-se de um procedimento com uma taxa de complicações inferior a 0,2%, mas que podem ocorrer em exames meramente diagnósticos ou também terapêuticos.



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

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

A EDA não é um exame infalível, pelo que existe a possibilidade de algumas lesões não serem detetadas.

A taxa de falsos negativos para carcinoma gástrico pode alcançar os 14% (ou seja, o exame não revela carcinomas que já existem). Este risco é maior se existirem resíduos (alimentos) no estômago ou a tolerância for limitada. Por isso, não se pode garantir a 100% o diagnóstico.

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

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

- Dor ou desconforto ligeiros a nível cervical (pescoço), torácico ou abdominal (barriga);
- Náuseas e/ou vômitos e/ou dificuldade em engolir (transitório);
- 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:

- Complicações cardio-respiratórias, mais comuns nos exames sob sedação, sendo de salientar a anafilaxia (reação alérgica muito severa), o enfarte agudo do miocárdio (“ataque cardíaco”), a embolia pulmonar, arritmias cardíacas, acidentes vasculares cerebrais e a aspiração de fluidos com desenvolvimento de pneumonia - embora raras -, são complicações mais comuns em pessoas de idade mais avançada, com anemia, demência, doença pulmonar prévia, obesidade, doenças cardiovasculares (insuficiência cardíaca, doenças valvulares) ou se o exame for realizado em contexto de urgência.
- Hemorragia, que é muito rara na endoscopia diagnóstica, desde que não haja problemas na coagulação do sangue. O risco de hemorragia aumenta se forem realizadas intervenções adicionais (biopsias, polipectomia, dilatações, etc.) ou se tomar medicamentos anticoagulantes ou anti-agregantes.
- Perfuração (rotura do esófago, estômago ou do duodeno) é rara na endoscopia diagnóstica (0,03%), mas aumenta se forem realizadas intervenções adicionais (biopsias, polipectomia, dilatações, etc.).



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

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

- Meta-hemoglobinémia, que se traduz por dificuldades de oxigenação do sangue, e que é mais comum se for utilizado anestésico tópico (sobretudo a benzocaína).
- Rotura do baço, lesões dos vasos mesentéricos (grandes vasos sanguíneos do abdómen), diverticulite (inflamação de divertículos), apendicite (inflamação do apêndice ileocecal), que são complicações muito raras.

Caso as complicações mencionadas ocorram, a sua resolução poderá ser obtida por procedimentos terapêuticos efetuados durante o exame, com eventual necessidade de posterior internamento. Em determinados casos, o tratamento da complicação poderá requerer transfusões de sangue, intervenções cirúrgicas e consequente internamento.

Como em todos os atos médicos interventivos há um risco de mortalidade, embora muito reduzido. O risco de morte existe em todas as endoscopias altas, mesmo que sejam só diagnósticas.

As alternativas à Endoscopia Alta são limitadas.

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 endoscopia deve falar com o seu Médico assistente e ponderar os exames alternativos. No entanto as alternativas (ex. radiológicos) são predominantemente diagnósticas. Caso tenha necessidade de terapêutica, terá sempre de se sujeitar a endoscopia alta ou a um procedimento cirúrgico.

É importante salientar que, dependendo da indicação, corre riscos adicionais se não realizar endoscopia, nomeadamente atrasos no diagnóstico e no tratamento de doenças relevantes (como o cancro gástrico).

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 a**



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

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

- endoscopia digestiva alta. 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. Se não puder comparecer, ou tiver alguma dúvida contacte-nos.

Contactos:

Unidade de Técnicas de Gastrenterologia

E-mail: enfermagemutg@chln.min-saúde.pt

Secretariado: Fax: **217 085 683**/ Telefone: **217 805242**

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 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 Mecanográfico _____

Assinatura: _____

SERVIÇO DE

GASTRENEROLOGIA E HEPATOLOGIA I



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

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENDOSCOPIA ALTA 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 seguinte 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 N.º: _____ Data de validade ____ / ____ / ____

Grau de parentesco com o doente ou tipo de representação: _____

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____