

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 DE ENTEROSCOPIA DE DUPLO BALÃO

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 e esteja confortável. Esteja à vontade para fazer sugestões de melhoria. Muito obrigado! O exame irá ser realizado por médicos especializados neste exame com a ajuda da equipa de enfermagem, assistentes operacionais e assistentes administrativos,

INFORME-NOS SE É ALÉRGICO(A) A ALGUM MEDICAMENTO.

A enteroscopia de duplo balão é uma técnica de endoscopia digestiva que permite a avaliação de uma grande extensão do intestino delgado. São sete metros! Complementa a cápsula endoscópica ou exames de imagem do intestino delgado pois permite realizar biópsias (colher fragmentos do intestino) e ter algumas intervenções terapêuticas. Em certos doentes poderá permitir acesso às vias biliares quando devido a cirurgias anteriores não é possível aceder às vias biliares (CPRE) com o equipamento convencional.

A **enteroscopia de duplo balão** permite:

- ✓ Avaliar zonas do intestino delgado difíceis de atingir com outros endoscópios;
- ✓ Diagnosticar doenças ou esclarecer anomalias do intestino delgado detetadas noutros exames, como RX do intestino delgado, enteroclise por TAC/Ressonância Magnética, cápsula endoscópica;
- ✓ Avaliar o efeito de tratamentos de doenças como a doença celíaca e a doença de Crohn;
- ✓ Realizar biópsias;
- ✓ Tatuar o intestino delgado para ajudar na localização de uma lesão que necessite de cirurgia;
- ✓ Realizar alguns tipos de tratamento como hemostase com árgon plasma em angiectasias (parar a hemorragia), ou remoção de pólipos.

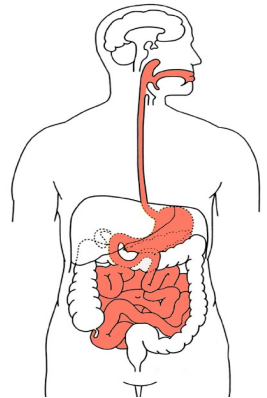
A **enteroscopia de duplo balão**:

- ✓ Geralmente não obriga a internamento;
- ✓ Pode demorar entre 45 minutos a 2 horas, dependendo da indicação e dificuldade técnica;
- ✓ É realizada sob sedação profunda ou anestesia geral.

O que fazer antes do exame:

- ✓ Jejum total nas 6 horas antes do exame;
- ✓ **Para a realização da enteroscopia de duplo balão por via rectal deve fazer a limpeza do cólon de acordo com preparação de colonoscopia que se anexa;**
- ✓ Parar a toma de suplemento de ferro oral uma semana antes;
- ✓ A paragem de anticoagulantes ou antiagregantes plaquetares deve ser discutida antes com o Médico que solicita o exame.

Após o exame:



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

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO DE ENTEROSCOPIA DE DUPLO BALÃO

- ✓ Após um período de recobro sem problemas irá voltar a casa no mesmo dia, mas não deverá conduzir;
- ✓ A enteroscopia de duplo balão é um exame seguro. São raras as complicações graves.

Após este exame são comuns náuseas, distensão abdominal, dor de garganta. São geralmente ligeiros e desaparecem em 12-24 horas. As complicações graves e potencialmente mortais, como por exemplo perfuração, hemorragia ou pancreatite aguda acontecem em menos de 1% (0,4-0,8%). Contudo nos exames diagnósticos tecnicamente difíceis ou por exemplo com remoção de pólipos grandes o risco de complicações poderá ser 10%.

Se após o exame tiver dor abdominal persistente ou perdas de sangue deve contactar o Serviço.

Poderá não ser possível a sua realização em caso de:

- ✓ Obesidade;
- ✓ Gravidez;
- ✓ Doença cardíaca ou pulmonar grave;
- ✓ Aderências do intestino delgado por cirurgias prévias;
- ✓ Não parar anticoagulantes, os procedimentos terapêuticos poderão não ser efetuados.

Recomendações adicionais:

1. **Planeie** o seu exame: trate de ter um acompanhante à hora de alta.
2. **Após** o exame poderá ficar em **vigilância na Unidade de técnicas ou no piso de internamento** do Serviço e se não tiver problemas terá alta no final da tarde. Nesse período continuará em jejum e deitado. Tenha em atenção que por vezes dadas as elevadas taxas de ocupação do Serviço poderá ter de permanecer deitado em maca.
3. **Trazer o nome da sua medicação habitual e resultados de exames anteriores**
4. **Deve trazer os seguintes exames feitos há menos de 3 meses (fale com o seu médico):**
 - Hemograma;
 - Contagem de Plaquetas,
 - Tempo de Protrombina,
 - Rx Tórax e Electrocardiograma.
5. **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.
6. 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 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.

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 DE ENTEROSCOPIA DE DUPLO BALÃO

7. 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.
8. Traga sempre a lista de todos os medicamentos que está a tomar, escreva os nomes no espaço disponibilizado para o efeito na folha em anexo, e mostre-os ao médico antes do exame.
9. Isto é especialmente relevante se estiver medicado com ácido acetilsalicílico (ex. Aspirina®, AAS®, Cartia®, Tromalyt®), clopidogrel (ex. Plavix®), prasugrel (ex. Efixent®) ticagrelor (ex. Brilique®), ticlopidina (ex. Tiklyd®, Plaquetal®, Ticlodix®), varfarina (Varfine®), acenocumarol (Sintron®), fluindiona ou os novos anticoagulantes orais (ex. Pradaxa®, Xarelto®, Eliquis®, Lixiana®).
10. **Transmita imediatamente à equipa clínica se é alérgico** a alguma coisa e se é portador de algum dispositivo médico tipo pacemaker ou desfibrilhador implantável.
11. 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.
12. Se não puder comparecer, ou tiver alguma dúvida contacte-nos.

Contactos:

Unidade de Técnicas de Gastrenterologia

E-mail: enfermagemutg@chln.min-saude.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 (se não aplicável a primeira disposição):

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 DE ENTEROSCOPIA DE DUPLO BALÃO

Assinatura: _____

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 enteroscopia 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 por exemplo doenças oncológicas).

Contacto institucional do profissional de saúde: _____

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 DE ENTEROSCOPIA DE DUPLO BALÃO

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: _____