



Por favor, responda **TODAS** as questões deste formulário com letra legível. **Suas respostas são muito importantes para atendermos nossos pacientes com qualidade e segurança.** São informações sigilosas e serão anexadas no prontuário médico.

NOME COMPLETO: _____

IDADE: _____ **PESO:** _____ **ALTURA:** _____

Se você tem ou teve algum desses **SINTOMAS e/ou DOENÇAS** marque com um "X" se **SIM** ou **NÃO**:

Pressão alta (hipertensão arterial) () sim () não () Não sei

Diabetes () sim () não () Não sei

Infarto do coração ou já fez cateterismo cardíaco () sim () não () Não sei

Insuficiência cardíaca () sim () não () Não sei

Arritmia cardíaca () sim () não () Não sei

Usa marca-passo () sim () não () Não sei

Tem varizes nas pernas () sim () não () Não sei

Asma/bronquite () sim () não () Não sei

Tem falta de ar ao fazer esforços mesmo que pequenos () sim () não () Não sei

Doença grave do pulmão () sim () não () Não sei [] tuberculose [] pneumonia [] outras

Presença de sangue: [] nas fezes [] no vômito () sim () não () Não sei

Anemia () sim () não () Não sei

Doenças que causam sangramento () sim () não () Não sei

Hepatite () sim () não () Não sei

Cirrose hepática () sim () não () Não sei

Insuficiência renal () sim () não () Não sei

Doença na tireoide: () sim () não () Não sei [] hipotireoidismo [] hipertireoidismo

Está tendo febre () sim () não () Não sei

Problemas para caminhar () sim () não [] caminha com auxílio [] usa cadeira de rodas [] acamado

Convulsões/ epilepsia () sim () não () Não sei

Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC/derrames)() sim () não () Não sei

Ansiedade, depressão ou outras doenças psiquiátricas que exijam tratamento () sim () não () Não sei

Fuma (tabagismo) () sim () não () Não sei

Faz uso de bebida alcoólica () sim () não () Não sei

Usa drogas () sim () não [] maconha [] cocaína [] crack [] ecstasy [] outras

Tem alergia a algum medicamento? () sim () não () Não sei **Escreva abaixo quais medicamentos tem alergia:**

Já foi submetido(a) a algum tipo de cirurgia? () sim () não () Não sei

Se a resposta for SIM, qual (is)?

Está tomando algum medicamento? () sim () não **Escreva abaixo quais medicamentos está tomando:**

Qual o motivo da realização do exame:

PARA MULHERES;

Está com a menstruação atrasada? () sim () não () Não sei

Está grávida? () sim () não () Não sei

Está amamentando? () sim () não

Observações:



Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Eu entendo que serei submetido (a) a um procedimento de endoscopia digestiva e/ou colonoscopia e estou ciente que:

1. A **endoscopia digestiva** (ou esôfago-gastro-duodenoscopia) consiste na introdução de um aparelho pela boca até o estômago e duodeno e a **Colonoscopia** é a introdução de um aparelho a partir do ânus pelo intestino grosso. Para a realização de qualquer destes procedimentos o médico poderá utilizar anestesia local (spray de anestésico) e/ou sedação endovenosa para tornar confortável o procedimento. Posso optar por não receber sedação endovenosa, mas estou ciente de que o exame tem grandes chances de não ser bem tolerado por mim, e pode haver necessidade de repeti-lo sob sedação para ser realizado de forma adequada.
2. Pode ser que seja necessário retirar durante o exame um fragmento (BIÓPSIA) para a realização de exame complementar, e por esse motivo o resultado do exame pode demorar alguns dias.
3. Quando forem encontrados pólipos (que são lesões no interior do estômago, esôfago ou intestinos) poderá ser realizada a retirada deles com equipamento específico. Este procedimento é chamado POLIPECTOMIA.
4. Pode ser necessária a dilatação destes órgãos com equipamento específico para isso, em casos especiais.
5. A POLIPECTOMIA e a DILATAÇÃO são procedimentos cirúrgicos endoscópicos que compreendem risco bastante baixo de perfuração do órgão. Apesar de ser um risco pequeno, a gravidade é muito importante, e por esse motivo devo entrar em contato com o médico do serviço de endoscopia onde realizei o exame, ou com o meu médico o mais breve possível caso haja qualquer dúvida, dor ou desconforto importante mantida após o exame.
6. Complicações relativas aos procedimentos, como sangramento, infecção, complicações cardiopulmonares, incluindo aspiração do conteúdo gástrico para o pulmão, ritmo cardíaco anormal e depressão da função respiratória podem ocorrer, apesar de todos os cuidados e prevenção utilizados. Pode ser necessário tratamento para isso.
7. Devido à anatomia e a diferença de cada ser humano à resposta aos diversos tratamentos, não há como garantir que não haverá riscos ou complicações, conhecidas ou não, associadas a esse procedimento. Entendo, também, que como não há nenhum teste 100% capaz de encontrar lesões, há a possibilidade, apesar de pequena, de falha desse exame, e podem ser necessários exames adicionais no futuro.
8. O serviço de endoscopia dispõe dos equipamentos e medicamentos para demais urgências.
9. Todo equipamento utilizado é limpo e/ou esterilizados de acordo com normas internacionais vigentes.
10. Sou responsável por informar ao médico sobre tratamentos que venho realizando, uso atual de medicamentos, e eventuais alergias a produtos ou medicamentos que eu conheça.
11. Estou ciente que devem ser removidos antes do exame: próteses móveis, piercings, implantes capilares sintéticos, cílios postiço removíveis, ou alongamento permanente, pois a cola contém metal e pode causar queimaduras.
12. () Declaro que o resultado do meu exame pode ser divulgado para o médico solicitante se necessário for.
13. () Declaro que o resultado do meu exame pode ser divulgado para o meu acompanhante se necessário for.
14. Declaro que para a realização SOMENTE da **endoscopia digestiva alta** estou de 12 h de jejum e 6 h de jejum de água.
15. Declaro que para realização de **colonoscopia** fiz todo preparo recomendado.
16. Declaro que para realização da **endoscopia** junto com a **colonoscopia** fiz o preparo recomendado para colonoscopia.
17. **DECLARO QUE COMPREENDI TODAS AS INFORMAÇÕES ACIMA, TODAS MINHAS DÚVIDAS EM RELAÇÃO AO EXAME FORAM EXPLICADAS E QUE ACEITEI REALIZAR ESTE PROCEDIMENTO POR LIVRE ESPONTÂNEA VONTADE.**

Paciente ou responsável - Assinatura e RG _____

ACOMPANHANTE

1. **DURANTE TODO O PERÍODO** em que o paciente estiver realizando o procedimento é **OBRIGATÓRIO a presença de um acompanhante na Recepção**, maior de 18 anos de idade e que consiga entender e ajudar o paciente caso seja necessário, que será responsável pelo paciente (informações, transporte.)
(RESOLUÇÃO CFM n° 1.886/2008. O procedimento poderá ser suspenso se o paciente se apresentar ao serviço sem a companhia de uma pessoa que se responsabilize por acompanhá-lo durante todo o tempo do exame e do retorno ao lar).

Devido ao uso do sedativo, **não é possível dirigir** automóveis ou outro veículo, **nem subir em garupa de moto** durante o dia todo após a realização do exame.

DECLARO QUE COMPREENDI TODAS AS INFORMAÇÕES ACIMA, E ESTAREI PRESENTE DURANTE TODO O PROCEDIMENTO

Acompanhante - Assinatura e RG _____