

NOME DO PACIENTE: _____ DATA NASCIMENTO: ____/____/____
NOME DA MÃE: _____
IDADE: _____ SEXO: MASCULINO () FEMININO () PESO: _____ ALTURA: _____
TELEFONES: () _____ () _____ RG: _____ CPF: _____
EXAME: ENDOSCOPIA () COLONOSCOPIA () OUTRO (S): _____
ENDEREÇO: _____ Nº: _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____ EMAIL: _____
MÉDICO SOLICITANTE: _____ CONVÊNIO: _____ DATA: ____/____/____

QUESTIONÁRIO PARA REALIZAÇÃO DO EXAME:

1- JÁ REALIZOU ESSE EXAME ANTES? SIM () NÃO () **TROUXE EXAME ANTERIOR?** SIM () NÃO ()

2- QUAL O MOTIVO PARA REALIZAÇÃO DESTE EXAME:

AZIA (), PREVENÇÃO (), SANGRAMENTO INTESTINAL (), DOR ABDOMINAL (), REFLUXO (), PÓLIPOS INTESTINAIS (), DIARRÉIA (), CONSTIPAÇÃO (), EMPACHAMENTO (), OUTRO(S) MOTIVO(S), QUAL(IS)? _____

4- PACIENTE POSSUI ALGUMA ALERGIA? SIM () NÃO () QUAL(IS)? _____

EX: ALERGIA A OVO, DIPIRONA, AAS, ANTIINFLAMATÓRIOS...

5- MEDICAÇÃO (ÕES) EM USO: _____

6- DOENÇA PRÉ-EXISTENTE, COMORBIDADES:

DIABETES (), HIPERTENSÃO (), DOENÇA RENAL (), DOENÇA HEPÁTICA (), DOENÇA CORONARIANA (), DEPRESSÃO (), SÍNDROME DO PÂNICO (), ASMA (), APNÉIA DO SONO (), OUTRA(S): _____

7- PASSADO CIRÚRGICO:

SEM PASSADO CIRÚRGICO () ONCOLÓGICA (CÂNCER) (), GASTROPLASTIA (), HÉRNIA (), HISTERECTOMIA (), APENDICECTOMIA (), VESÍCULA (), PLÁSTICA DE ABDÔMEN (), OUTRA(S): _____

8- AUTORIZA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS E/OU INTERVENÇÃO PELO MÉDICO, QUE SEJAM OPORTUNOS DURANTE O EXAME? SIM () NÃO ()

Assinatura do paciente
R.G.: _____ CPF: _____

Assinatura do acompanhante ou responsável
R.G.: _____ CPF: _____

QUESTIONÁRIO A SER PREENCHIDO PELO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O EXAME:

1- SEDAÇÃO: SIM () NÃO () **SUORTE ANESTÉSICO:** SIM () NÃO ()

2 - HOUVE ALGUMA INTECORRÊNCIA OU EVENTO ADVERSO? QUAL (IS)? _____

3 - MEDIDA DE SUPORTE E OU INTERVENÇÃO PRESTADA AO PACIENTE? QUAL (IS)? _____

4- BIÓPSIA: SIM () NÃO ()

5- PROCEDIMENTOS TERAPEUTICOS: POLIPECTOMIA (), DILATAÇÃO DE ESTENOSES (), LIGADURA DE VARIZES DO ESOFAGO (), OUTRO (S): _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA E/OU COLONOSCOPIA

Eu _____ CPF _____

RG _____, afirmo que fui informado (a) pela equipe do setor de endoscopia, que o exame diagnóstico e/ou terapêutico de Endoscopia Digestiva (Alta e/ou Baixa), o (s) qual (is) serei submetido (a) é seguro, porém estou ciente, que apesar de infrequentes, existem alguns problemas que podem ocorrer durante a preparação e/ou a realização do exame. Abaixo alistamos algumas das complicações que ocasionalmente podem ocorrer durante e/ou após o exame:

- 1) Dor na garganta ou dificuldade de deglutição;
- 2) Reação alérgica a medicação usada para a sedação;
- 3) Dor abdominal;
- 4) Tromboflebite;
- 5) Sangramento digestivo;
- 6) Perfuração de órgãos: esôfago, estômago, duodeno e/ou intestinos.

Essas ocorrências podem ser minimizadas, com informações detalhadas sobre a existência de alergias ou intolerância a determinadas substâncias e medicamentos durante o exame.

A realização de biopsias é frequente durante a endoscopia digestiva e exceto em raras ocasiões, este procedimento não aumenta de modo significativo a duração ou riscos do procedimento. Alguns procedimentos terapêuticos podem ser realizados durante a endoscopia. Os riscos dos mesmos serão individualizados e discutidos previamente com o paciente, exceto em caso de urgência ou emergência.

Fui informado (a) que a equipe do setor está apta a diagnosticar e tratar qualquer das complicações, minimizando, portanto, suas consequências. A equipe da Endoscopia esteve disponível para esclarecer todas as dúvidas a respeito das possíveis complicações.

Recife, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do paciente

R.G.: _____ CPF: _____

Assinatura do acompanhante ou responsável

R.G.: _____ CPF: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANESTESIA E/OU SEDAÇÃO

NOME DO PACIENTE: _____

IDADE: _____

IDENTIDADE: _____ ÓRGÃO EXPEDIDOR: _____

Pelo presente termo, concordo em submeter-me ao seguinte procedimento de anestesia ou sedação, a ser realizado pelo (a) Dr. (a):

A sedação/anestesia, consiste em administrar medicações que vão diminuir o nível de consciência e dor do paciente durante o exame; como qualquer medicação administrada, pode haver alguns efeitos inesperados, complicações, tais como: Broncoespasmo / Reação anafilática / Hipertermia maligna / Alterações hemodinâmicas, como arritmia e hipotensão.

Declaro que:

- 1- Nas informações que forneci, nada omiti em relação a minha saúde e hábitos.
- 2- Li as informações acima sobre a anestesia/sedação a que serei submetido (a), incluindo seus benefícios e riscos.
- 3- Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
- 4- Autorizo a realização de qualquer procedimento emergencial, incluindo transfusão de sangue, bem como, mudanças na programação anestésica em situações imprevistas que possam ocorrer e que justifiquem cuidados diferentes dos inicialmente propostos.

Confirmo que li e compreendi todas as explicações acima, que concordo com os itens referidos e que me foi dada a oportunidade de questionar sobre os pontos com os quais não concordasse, tendo ciência que a qualquer tempo poderei revogar o presente consentimento, desde que antes da data da realização do procedimento proposto.

Recife, _____ de _____ de _____

Assinatura do paciente

R.G.: _____ CPF: _____

Assinatura do acompanhante ou responsável

R.G.: _____ CPF: _____

Médico anesthesiologista