



DR. FÁBIO GRAMA

GASTROENTEROLOGIA
ENDOSCOPIA DIGESTIVA
COLONOSCOPIA

CRM 15032-BA

- Título de Especialista em Clínica Médica - RQE: 12314
- Título de Especialista em Gastroenterologia - RQE: 4949
- Título de Especialista em Endoscopia Digestiva - RQE: 11952

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A REALIZAÇÃO DE COLONOSCOPIA

A colonoscopia consiste em introduzir através do ânus um aparelho flexível para avaliação da mucosa do intestino grosso. O exame é realizado sob assistência do anestesiológico através do uso de medicações venosas. A presença de alergia a algum medicamento deve ser comunicada ao profissional. Pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes podem tomar suas medicações na véspera do exame. O uso de antiagregantes plaquetários e anticoagulantes (AAS, Aspirina, Ticlopidina, Clopidogrel, Ginkgo Biloba, Warfarina, Rivaroxabana e outros) devem ser suspensos, se possível, 07 dias antes do exame, **caso previamente autorizado pelo seu médico assistente.**

Os pacientes ficam em observação antes e após o exame, portanto estes e seus acompanhantes permanecem na clínica até serem liberados.

Na colonoscopia podem ser encontradas lesões que necessitam de intervenção durante o próprio procedimento, com baixa incidência de complicações (inferior a 3%) tais como sangramento ou perfuração intestinal, podendo, excepcionalmente, ser necessário novo exame ou intervenção cirúrgica para a resolução do problema.

Ressaltamos que a realização de procedimentos endoscópicos que se façam necessários, tais como polipectomias ou mucossectomias, serão cobrados à parte.

Algum desconforto abdominal pode ocorrer após o exame, o que está relacionado à insuflação do intestino grosso e às manobras efetuadas durante o procedimento. Em caso de dor abdominal persistente ou qualquer outra intercorrência, procurar um serviço hospitalar de emergência.

Devido ao uso de sedativos recomendamos não dirigir veículos de qualquer natureza após exames endoscópicos e orientamos o repouso domiciliar por 24 horas.

É importante seguir rigorosamente as recomendações em relação ao preparo (dieta e medicamentos) e em caso de dúvida entre em contato conosco.

Dr. Fábio César Abalem Grama

Autorizo a realização de colonoscopia e procedimentos necessários.

Nome do paciente: _____

Assinatura do paciente ou responsável: _____

Eunápolis, ___/___/___



 73 9 8859-4974

 R. Presidente Kennedy, 257 - Consultório 6
Centro - Eunápolis - BA

 73 9 8216-4176 | 3281-7705

 fabiograma@uol.com.br

 www.dr.fabiograma.com.br