



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 anestesiolegista 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, Warfarina 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 no hospital 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 mucosectomias, 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 o serviço de urgência do hospital.

Devido ao uso de sedativos recomendamos não dirigir veículos de qualquer natureza após exames endoscópicos e orientamos o repouso domiciliar por 12 horas.



DR. FÁBIO GRAMA
GASTROENTEROLOGISTA

CRM 15032-BA

-GASTROENTEROLOGISTA
-ENDOSCOPIA DIGESTIVA
-COLONOSCOPIA
-PH-METRIA ESOFÁGICA
- BALÃO INTRAGÁSTRICO

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

Dr. Fábio César Abalem Grama

Autorizo a realização de colonoscopia e procedimentos necessários.

Nome _____ do _____ paciente:

Assinatura _____ do paciente ou responsável:

Eunápolis, ___/___/___