



SEDAÇÃO PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CONSENTIMENTO INFORMADO

RECOMENDAÇÕES ANTES DA SEDAÇÃO

1. É necessário que advirta de possíveis alergias medicamentosas, alterações da coagulação, doenças cardiopulmonares, existência de prótese, marca-passos, medicamentos atuais ou qualquer outra circunstância de saúde que acha importante comunicar.

2. A exploração realizar-se-á em regime ambulatorio, isto quer dizer que chegará de sua casa, realizará a prova e a seguir voltará para casa.

Para que este procedimento seja seguro recomendam-se umas normas simples:

a) Independentemente da preparação seguida para a endoscopia, tem de fazer um jejum absoluto, inclusivamente de água, desde 3 horas antes da realização da prova. Este é um ponto muito importante, tanto que o seu incumprimento interromperá a intervenção do anestesista

b) Tem que vir acompanhado de um adulto que se responsabilize pelo deslocamento para sua casa depois da realização da exploração. Não poderá conduzir uma viatura nas 12 horas a seguir à realização da prova.

c) Tem de trazer os relatórios clínicos em seu poder sobre doenças que padeça ou tenha padecido, assim como a lista completa da medicação que esta a tomar. Se toma alguma medicação de forma habitual, não interrompa o tratamento salvo que se lhe indique expressamente.

d) Após a realização da prova permanecerá na clínica até que o anestesista responsável lhe indique que pode deslocar-se para o seu domicílio. Pode começar a tomar líquidos 2 horas depois da exploração e a seguir uma dieta que não seja muito pesada. Nas horas a seguir à sedação não deve realizar atividades que requeiram uma concentração mental importante, visto que estas faculdades ficarão alteradas de maneira transitória pelos fármacos anestésicos.

e) Não pode ingerir álcool nas primeiras 24 horas depois da sedação.

NO QUE CONSISTE A SEDAÇÃO

Para o/a sedar é necessário canalizar uma veia e colocar-lhe um monitor para vigiar o seu estado durante a realização da prova. O anestesista realizar-lhe-á uma série de perguntas sobre o seu estado de saúde e a seguir administrar-lhe-á diversos fármacos que farão com que tolere melhor o procedimento.

RISCOS DA SEDAÇÃO

Qualquer sedação implica sempre um risco menor que justifica o seu uso generalizado, mas existe o risco de sofrer uma complicação severa; os riscos não se podem suprimir por completo. O risco da sedação depende sobretudo do estado de saúde do paciente. A administração de soros e medicamentos que são imprescindíveis durante a sedação podem produzir, excepcionalmente reacções alérgicas. Estas reacções podem chegar a ser graves, mas têm carácter extraordinário.

Os especialistas desaconselham a prática sistemática de provas de alergia aos medicamentos anestésicos por considerar que não é adequado fazê-lo em pacientes sem história prévia de reacções adversas aos mesmos. Além disso, estas provas não estão livres de risco e, ainda sendo o seu resultado negativo, os anestésicos provados podem produzir reacções adversas durante o ato anestésico.

De qualquer forma, se ocorresse uma complicação, tem de saber que todos os meios técnicos desta clínica estão disponíveis para tentar solucioná-la.

RISCOS PERSONALIZADOS

Se depois de ler detidamente este documento deseja mais informação, por favor não duvide em perguntar ao especialista responsável, que o/a atenderá com muito prazer.

CONSENTIMENTO

Eu, Sr./Sra. _____ dou o meu consentimento para que me seja aplicada uma **SEDAÇÃO**.

Deram-me esta folha informativa, tendo compreendido o significado do procedimento e os riscos inerentes ao mesmo, e declaro estar devidamente informado/a, conforme dispõem os artigos 8, 9 e 10 da Lei 41/2002, de 14 de novembro, Básica reguladora da Autonomia do Paciente e dos Direitos e Obrigações em matéria de Informação e Documentação Clínica, tendo tido a oportunidade de esclarecer as minhas dúvidas em entrevista pessoal com o Dr. _____

Recebi também resposta a todas as minhas perguntas, tendo tomado a decisão de maneira livre e voluntária.

Badajoz, a _____ de _____ de _____

PACIENTE

REPRESENTANTE LEGAL

MÉDICO

Ass.:

B.I.:

Ass.:

B.I.:

Ass.:

Nº col.:

DENEGACÃO OU REVOGAÇÃO

Eu, Sr./Sra. _____ depois de ser informado/a da natureza e dos riscos do procedimento proposto, manifesto de forma livre e consciente a minha denegação/revogação (risque o que não interessa) para a sua realização, tornando-me responsável pelas consequências que podem derivar desta decisão.

Badajoz, a _____ de _____ de _____

Ass.: O/ a paciente

Magaña

B.I.:

Ass.: O representante legal

B.I.:

Ass.: Dra. Berges

D.N.I.:

Em conformidade com o disposto no Art. 5 da L. O. 15/1999 de Proteção de dados de Caráter Pessoal, informamos que os seus dados pessoais serão incorporados a um ficheiro, devidamente inscrito no R.G.P.D., para a manutenção da relação médico-paciente e história clínica. O Sr./Sra. Autoriza de forma expressa que os seus dados pessoais sejam comunicados, única e exclusivamente naqueles casos em que seja necessário, à empresa asseguradora à qual pertence, com o único objetivo de lhe prestar os serviços por si solicitados. O seu consentimento entender-se-á prestado enquanto não comunique por escrito, para a morada abaixo indicada, a revogação do próprio.

No caso de se produzir alguma modificação dos seus dados, rogamos que nos o comunique devidamente por escrito com a finalidade de manter a sua informação actualizada. Poderá exercer os direitos de acesso, retificação, cancelamento e oposição dirigindo-se por escrito ao responsável do ficheiro: Cliniber Badajoz, S.L. C/ Ramón Fernández Moreno, 16 A. 06006, Badajoz.