

### ESCLARECIMENTO

A colonoscopia e a endoscopia alta são exames que se transformaram em importantíssimas ferramentas para diagnóstico, tratamento e prevenção das doenças do aparelho digestório.

Como todo procedimento médico, apresentam algumas complicações, que não são comuns, porém devem ser do conhecimento de quem necessita realizá-las.

Relacionamos as principais complicações e suas incidências baseados na literatura mundial.

**Durante o preparo para colonoscopia:** Distúrbios hidroeletrolíticos (desidratação e baixa de sódio e potássio).

**Pelo uso de medicações (sedativos e analgésicos) durante o exame:** Reações alérgicas, problemas respiratórios e cardíacos.

**Durante a colonoscopia diagnóstica:** Perfuração intestinal e/ou sangramento (0,05 a 0,22%).

**Relacionadas a exames associados a procedimentos terapêuticos (polipectomias, dilatações e hemostasia de lesões, por exemplo):** Perfuração e/ou sangramentos (0,8 a 1,5%).

**Obs.: É importante salientar, que essas complicações são manejadas clinicamente e geralmente não necessitam intervenção cirúrgica, sendo que os benefícios do exame em muito superam seus riscos. Os exames realizados por endoscopistas experientes tendem a ter os menores índices.**

**Pós-procedimentos:** Após o exame, o(a) senhor(a) permanecerá conosco, em repouso, por cerca de 30 a 120 minutos, até o fim dos principais efeitos da sedação. É comum a sensação de flatulência, por vezes com cólicas abdominais, provocadas pelo gás insuflado durante o exame. Não hesite em eliminá-lo. Devido a sedação usada, é **obrigatório** que esteja acompanhado(a), e que, no restante do dia, não dirija, não opere máquinas e não ingira bebidas alcoólicas, permanecendo em repouso a maior parte do tempo. Após a endoscopia alta, o(a) paciente poderá apresentar, em raras ocasiões, uma sensação desagradável na garganta, que poderá permanecer por 12 a 24 horas, cedendo espontaneamente. Caso ocorra dor intensa, febre ou qualquer outro sintoma de origem desconhecida, entre em contato conosco.

### CONSENTIMENTO INFORMADO

**Eu, abaixo assinado, autorizo a realização da colonoscopia e dos eventuais procedimentos terapêuticos que dela advir, estando ciente dos eventuais riscos acima informados.**

Nome: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

ID: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Órgão emissor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

Assinatura do paciente ou responsável

O consentimento livre e informado, é obrigatório para exames endoscópicos diagnósticos e terapêuticos, como dispõe a resolução 1081/82 (1203/2002) do Conselho Federal de Medicina.

---

**Jardim Botânico:** Rua Professor Saldanha, 142, Jardim Botânico, Rio de Janeiro, RJ, 22461-220

Telefones: (21) 2535 3222 / 2539 1126

**Torre do Norte Shopping:** Av. Dom Hélder Câmara, 5200, salas 727 a 730, Cachambi, Rio de Janeiro, RJ, 20771-004

Telefones: (21) 2594 5335 / 2289 1172