



GASTRO MED
GARANHUNS

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO GASTROSTOMIA
ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA

Paciente: _____

Data do Exame: ____/____/____ **Médico Responsável:** _____

1. Eu recebi, li e discuti com o médico da Gastromed as informações sobre o procedimento denominado Gastrostomia Endoscópica Percutânea. Entendi que será realizado um procedimento, indicado pelo meu médico assistente, que consiste na instalação de uma sonda que conduzirá os nutrientes diretamente ao estômago através de um orifício feito na parede do abdome com auxílio da endoscopia. A endoscopia é um exame que consiste na passagem de um aparelho através da boca, possibilitando a avaliação e a realização de procedimentos no interior do esôfago, estômago e duodeno.

2. Compreendi que os requisitos de segurança necessários para a realização do procedimento serão checados através das avaliações prévias do abdome pelo exame clínico e do trato digestivo superior (esôfago, estômago e duodeno) pela endoscopia digestiva alta. A presença de lesões de pele no local proposto para a instalação da sonda, a suspeita de aderência local de vísceras vizinhas (p.ex. decorrente de cirurgias prévias em andar superior de abdome), a presença de lesões na parede do estômago ou obstruções do aparelho digestivo, estado clínico muito debilitado ou condições técnicas inapropriadas podem ser motivo para suspensão da realização do procedimento, temporária ou definitivamente.

3. Sei que, no preparo para o exame, um líquido anestésico local será borrifado na garganta para evitar esforço de náuseas e vômitos durante a passagem do aparelho, tornando-a mais fácil e confortável e que será administrada uma dose de antibiótico antes do procedimento para diminuir o risco de infecção.

4. Estou ciente de que será administrada sedação através da injeção em uma veia do braço ou da mão de um medicamento que fará o(a) paciente relaxar, permitindo o exame com mais conforto e facilidade. Também sei que sua efetiva realização e o tipo de sedação empregada dependerão da avaliação do estado clínico do(a) paciente pelo médico examinador. Fui informado(a) de que sedação não é igual a anestesia geral, procedimento no qual níveis mais profundos de inconsciência são atingidos.

5. Estou informado(a) de que, apesar de raras, complicações relacionadas à sedação, à anestesia da garganta ou ao antibiótico podem acontecer: dor ou inflamação no local de aplicação da injeção, reações alérgicas ou problemas cardiorrespiratórios. Assim, informei ao médico examinador sobre alergias a medicamentos, problemas cardíacos ou respiratórios ou se houve experiência anterior de problemas em procedimentos que tenham envolvido sedação ou uso de anestésicos locais.

6. Fui informado(a) de que existe risco de sangramento, que pode ocorrer durante ou mesmo alguns dias após o procedimento. Assim, informei ao médico examinador o uso de anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, anti-inflamatórios ou a presença de alguma condição que comprometa a coagulação adequada do sangue.

7. Da mesma forma, fui informado(a) de que existe risco de perfuração de algum órgão que possa estar localizado entre o estômago e a parede abdominal no momento da colocação da sonda. A endoscopia e a avaliação clínica da parede abdominal são efetuadas antes de se realizar o procedimento (conforme descrito anteriormente) para diminuir esta possibilidade; no entanto um risco baixo de perfuração existe mesmo com a avaliação pré- procedimento tendo sido



GASTRO MED

GARANHUNS

adequadamente realizada. A perfuração pode levar ao desenvolvimento de uma fístula (comunicação anormal entre duas estruturas, no caso mais comumente entre o estômago e o intestino), que em alguns casos pode ser reconhecida semanas a meses após a realização do procedimento.

8. Estou ciente ainda de que há riscos de aspiração de conteúdo gástrico (durante o procedimento ou em qualquer momento após a colocação da sonda por refluxo da dieta administrada) com consequente pneumonia e necessidade de uso de antibióticos e de peritonite (inflamação do peritônio, membrana que reveste internamente o abdome), geralmente decorrente de deslocamento prematuro da sonda, o que pode requerer uso de antibióticos e eventualmente cirurgia. Infecções de pele no local de inserção da sonda são outra possibilidade, podendo requerer uso de antibióticos, drenagem de secreções (pus) e eventualmente a retirada da sonda.

9. Fui informado(a) de que pode ocorrer o deslocamento da sonda, seja na direção do interior do estômago na direção inversa, e que isto pode predispor a complicações como infecções, vazamentos ou mau funcionamento da sonda. Assim, devo sempre observar seu posicionamento, sendo que em caso de dúvida fui orientado a evitar a administração da alimentação e entrar em contato com a equipe Gastromed

10. Também estou ciente de que a equipe médica da Gastromed está preparada para tratar adequadamente eventuais complicações e de que o(a) paciente será examinado(a) em ambiente adequado para maior segurança.

11. Fui informado(a) de que após o exame poderá haver dor, náuseas, estufamento e cólicas causados pela presença de gases no intestino ou dor de garganta relacionada à passagem do aparelho. Sei que são sintomas habitualmente leves e passageiros quando ocorrem, e que devo entrar em contato com a equipe da Gastromed na ocorrência de dor mais intensa ou de outros sintomas que exijam atenção médica.

12. Fui informado(a) sobre os cuidados com a sonda e sei que outro profissional (Nutricionista) será o responsável pela orientação alimentar.

13. Declaro que li e compreendi o conteúdo deste documento, dirimi eventuais dúvidas com a equipe médica, e que autorizei a equipe Gastromed a realizar o procedimento acima mencionado. Sei que ainda posso recusar sua realização cancelando este termo de consentimento informado antes do procedimento.

Data:

Assinatura do paciente ou responsável

Assinatura do acompanhante