

CONSENTIMENTO INFORMADO COLONOSCOPIA E REMOÇÃO DE PÓLIPOS (POLIPECTOMIA)

Deve ler esta folha e assinar no final da página, esclarecendo previamente qualquer dúvida. Traga esta folha já assinada e guarde uma cópia para si. Traga consigo os medicamentos que toma e escreva no verso desta folha os seus nomes.

A colonoscopia é o exame utilizado para visualizar o intestino grosso (cólon) e o recto. Para tal introduz-se através do ânus um tubo flexível (colonoscópio) equipado com uma câmara na extremidade, que transmite a imagem para um monitor. É um procedimento seguro, mas que raramente pode ter complicações, particularmente se com procedimentos adicionais, como remoção de pólipos. Durante o exame tem que ser insuflado ar no intestino o que pode condicionar cólicas ou uma sensação de pressão intestinal. Em ocasiões muito raras pode ocorrer uma reacção vagal com lipotimia (desmaio), com rápida recuperação após interrupção do exame. Têm sido descritos casos raros de paragem cardiorrespiratória com necessidade de manobras de suporte avançado de vida.

Se o seu exame for destinado a retirar pólipos ou se eles forem detectados durante o seu exame, ser-lhe-á proposta a sua remoção ou **polipectomia**. Poderá não ser possível remover determinados pólipos neste exame, seja pelo tipo de pólipo, seja por condições de segurança em ambiente não-hospitalar.

Os **riscos principais** da polipectomia são a hemorragia e a perfuração intestinal, que são raras nos exames de rotina (menos de 1%), tornando-se mais frequentes quando são realizadas polipectomias. Geralmente estas complicações são resolvidas com técnicas endoscópicas ou terapêutica médica conservadora, mas, em último recurso, poderá ser necessário realizar uma cirurgia de urgência.

Assim recomendam-se **cuidados adicionais** de modo a permitir que pólipos que estejam presentes possam ser removidos durante o mesmo exame, com a maior segurança, nomeadamente no que se refere ao risco de hemorragia.

1. Se estiver a tomar **medicação antiagreganteplaquetar**:
 - a. Pode continuar a tomar **ácido acetilsalicílico** (ex. **Aspirina®**, **AAS®**, **Cartia®**, **Tromalyt®**).
 - b. Em relação aos outros antiagregantes como o **clopidogrel** (ex. **Plavix®**) ou a **ticlopidina** (ex. **Tiklyd®**), e anticoagulantes deverá consultar o seu Médico Assistente.
2. Na presença ou suspeita de problemas médicos que causem hemorragia (ex. Cirrose hepática, doenças do sangue) deverá obter um parecer médico
3. Na dúvida sobre algum aspecto poderá sempre aconselhar-se com o seu Medico de Família

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. **Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa)** o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

ASSINATURA (doente ou responsável): _____ data:...../...../.....

NOTA: Deverá trazer este documento consigo, devidamente assinado e datado, para se poder fazer o exame