



SERVIÇO DE FIOLOGIA RETOSSIGMOIDOSCOPIA

Folha de Orientação ao Paciente

DIA ANTERIOR AO EXAME:

Ingerir bastante líquido: água ou água de coco, (mais do que o habitual, que é para se hidratar).

- O paciente precisa tomar 2 comprimidos de LACTOPURGA às 09:00;
- E mais 2 comprimidos de LACTOPURGA às 14:30;
- Almoçar e jantar um caldo leve (de sua preferência) sem resíduos alimentares até às 19h, após o jantar ingerir somente água.
- Ingerir a solução chamado MANITOL 20% (1 LITRO) misturado com 500 ml (GATORADE sabor laranja ou limão, 10 horas **ANTES** do exame), essa bebida misturada tem que ser tomada dentro de 2h.
- Assim que terminar pode ingerir líquido (somente água ou água de coco) **ATÉ 4 HORAS ANTES DO EXAME, APÓS ESSE HORÁRIO JEJUM TOTAL.**
- **OBS:** Se o paciente perceber que há facilidade para vomitar, tome 1comp. de Enavo 8 mg 30 minutos antes da ingestão do manitol com Gatorade.
 - **As medicações para hipertensão devem ser mantidas e ingeridas com pequena quantidade de água;**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

1 – Se fizer o uso de medicações de uso contínuo, deverá tomá-las normalmente no dia do exame (exceto medicamentos para Diabetes).

2 - **Use roupas leves**, confortáveis e sapato **SEM SALTO**, para facilitar sua locomoção após o exame.

3- **Atrasos podem ocorrer:** a maioria dos exames tem um tempo de duração semelhante. Contudo, muitas situações imprevisíveis podem aumentar o tempo de um exame. Atrasos acontecem quando:

- a) um (a) paciente tem o acesso venoso de difícil punção;
- b) algum tipo de sangramento é identificado durante o exame, esse deverá ser estancado;
- c) alguma lesão for encontrada, ela poderá ser removida ou biopsiada;
- d) algum (a) paciente apresentar uma reação alérgica, ele (a) será tratado (a) imediatamente. A segurança dos nossos pacientes é prioridade.

4- compareça no local do exame com, no mínimo 30 minutos antecedência.

- **O exame só será realizado se o paciente vier com acompanhante maior de idade. Não poderá dirigir ou operar máquinas por um período de 8h após o exame.**
- **Você estará preparado quando a evacuação estiver totalmente líquida sem resíduos locais.**

Dúvidas: (63) 3228-7000

ORIENTAÇÕES GERAIS

Após o uso do preparo, você apresentará evacuações líquidas (diarreia). O intestino estará bem preparado quando somente existir a presença de líquido amarelado e sem resíduos às evacuações.

Recomenda-se ingestão de líquidos (principalmente Gatorade de limão e laranja) após o início da diarreia, para evitar desidratação.



Responda este questionário e entregue ao médico responsável pela realização do exame. Qualquer dúvida em relação ao questionário pode ser esclarecida pelo médico. As informações nele contidas são importantes e estão resguardadas pelo sigilo médico.

1. Você é alérgico a algum medicamento?
() Sim () Não () Não sei
Em caso positivo, mencione qual: _____
2. Faz uso regular de algum medicamento? (Anti-hipertensivos, tranquilizantes, etc.)
() Sim () Não () Não sei
Em caso positivo, mencione qual: _____
3. Tem algum problema cardíaco, pulmonar, neurológico ou psiquiátrico?
() Sim () Não () Não sei
Em caso positivo, mencione qual: _____
4. É portador de alguma doença infectocontagiosa? (Hepatite, SIDA, etc.)
() Sim () Não () Não sei
Em caso positivo, mencione qual: _____
5. Já foi submetido a alguma cirurgia no intestino, reto ou ânus?
() Sim () Não () Não sei
Em caso positivo, mencione qual: _____
6. Já realizou algum exame do intestino? (Colonoscopia, RX contrastado, etc.)
() Sim () Não () Não sei
Em caso positivo, mencione qual: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro ter lido com atenção e compreendido as informações contidas no folheto explicativo do exame de **Colonoscopia** bem como ter respondido corretamente as informações acima. Autorizo, livre e conscientemente, a realização do exame de **Colonoscopia, inclusive a administração de medicamentos que se façam necessários para a realização do mesmo ou a realização de biópsias e /ou polipectomias, conforme solicitação medica ou a critério do médico endoscopista.**

Palmas, ____ de ____ de _____.

Paciente

RG

Responsável

RG

Grau de parentesco