

PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO SEGURO

O objetivo deste questionário é identificar pacientes que necessitem de cuidados especiais para a realização do exame ou até mesmo contraindicá-lo.

Data e Horário da entrada na sala de procedimento: ____/____/____ Início: _____ Término: _____

Confirmação do procedimento: _____ Prontuário: _____ DN: _____

Os exames necessários estão presentes? Sim () Não () Se não, justifique: _____

Posição Durante Procedimento: () Dec. Lateral Esq. () Dec. Lateral Dir. () Dorsal () Ventral

1 - Está em jejum de 8 (oito) horas? () Sim () Não

2 - Realizou o preparo para o exame conforme orientado? () Sim () Não

3 - Você está com um acompanhante? () Sim () Não

Nome do acompanhante e responsável: _____

4 - Você vai embora dirigindo ou na garupa de moto? () Sim () Não

5 - Você tem alguma destas doenças abaixo? () Sim (quais?) () Não

() Asma ou bronquite () Arritmia cardíaca () Diabetes () Doenças infecto-contagiosa

() Problemas com a coagulação do sangue () Insuficiência cardíaca () Varizes de esôfago

() Hipertensão arterial () Cirrose hepática () Doenças de Chagas () AIDS () Hepatite B ou C

() Tuberculose () Outras doenças quais? _____

6 - Você está grávida? () Sim () Não

7 - Possui alergia a Xylocaina, Fentanil, Midazolam, Propofol, Dipirona, Buscopan composto, látex, ovo de galinha ou outros medicamentos e compostos que saiba? () Sim () Não

Se sim, quais? _____

8 - Faz uso regular de algum medicamento? () Sim () Não

Se sim, quais? _____

9 - Está em uso diário de Marevan, Varfarina, Coumadin, Heparina ou suas variantes, Dabigatrana, Plavix, Pradaxa, Ticlopidina, Clopidogrel, Xarelto, Effient, Rivaroxaban, AAS, Antiarrítmicos ou Anticoagulantes?

Se sim, quais? _____ () Sim () Não

10 - Alguma outra informação importante? () Sim () Não Se sim, qual? _____

11 - Há amostra para anatomia patológica? Sim () Não () Está corretamente identificada? Sim () Não ()

Declaro que fui orientado sobre o exame, riscos e benefícios, e autorizo a realização do Procedimento.

Nome completo: _____

RG: _____ CPF: _____ DN: _____

Seu exame está marcado para o dia: ____/____/____ às ____:____hs.

Local e data: _____, ____/____/____

Assinatura: _____

Assinatura Médico/Enfermagem: _____ Data: ____/____/____

DÚVIDAS

LIGUE PARA:

(31) 3016-1111

(31) 3384-4023

(31) 2555-1139

(31) 98841-0000

(31) 98868-0000