

PREPARO PARA RETOSSIGMOIDOSCOPIA

No dia do exame: jejum de 8 horas

- 1 - Fazer lavagem retal 2 horas antes do exame com 2 frascos de PHOSFOENEMA. Tomar Gatorade de limão, água de coco ou gelatina (sabor abacaxi ou limão) à vontade, até 02 horas antes do exame.

PROCEDIMENTO:

Posicionar-se na cama de preferência.

Introduzir, por via anal o conteúdo de 01 frasco até que todo o medicamento seja injetado, em seguida retirar frasco e manter o medicamento interno por 10 minutos após esta etapa evacuar, aguardar 20 minutos e repetir o procedimento.

OBSERVAÇÕES

- 1 - Trazer o pedido de exame.
- 2 - Trazer um acompanhante: **É INDISPENSÁVEL!**
- 3 - Não vir de esmalte nas unhas, retirar unhas de gel.
- 4 - Vir com roupas confortáveis, de preferência: saia, bermuda ou vestido.
- 5 - Trazer: 01 (uma) toalha de rosto.
- 6 - **As medicações habituais devem ser tomadas (Ex. Medicação de pressão).**
- 7 - **Caso seja diabético, não tomar comprimido para diabetes ou insulina na manhã do exame.**
- 8- Se fizer uso de Aspirina, AAS, Varfarina, Clopidogrel, Xarelto, ou outro anticoagulante, informar ao médico endoscopista.
Qualquer dúvida entrar em contato

Quais os riscos do procedimento?

A **Retossigmoidoscopia** é um exame seguro recomendado inclusive para rastreamento populacional e prevenção do câncer do reto e sigmoide em indivíduos com idade superior a 50 anos ou quando se sifer necessário. No entanto, como todo ato médico, ele não é isento de riscos. As complicações da **Retossigmoidoscopia** podem ocorrer durante o preparo, sedação, procedimento diagnóstico ou as intervenções terapêuticas. O uso de catárticos durante o preparo intestinal pode ocasionar tonturas, náuseas, vômitos e cólicas intestinais seguidos ou não por desidratação e desequilíbrio hidro-eletrolítico (alteração na concentração corporal de sódio, potássio e magnésio). Raramente, distensão abdominal ocorre, sendo mais comum, particularmente em pacientes com tumores avançados do intestino grosso. O preparo intestinal, hidratação e uso profilático de antieméticos é realizado de maneira a prevenir ou minimizar esses efeitos colaterais. As medicações empregadas na sedação podem provocar reações locais (flebite no local da punção venosa) e reações sistêmicas de natureza cardiorrespiratória, incluindo depressão respiratória com diminuição na oxigenação sanguínea e alterações no ritmo cardíaco (bradicardia e taquicardia) e na pressão arterial sistêmica (hipotensão e hipertensão). Esses efeitos colaterais são constantemente verificadas durante o exame com o uso de monitor de oxigenação sanguínea e de controle da frequência cardíaca, estando a equipe habilitada a prestar os primeiros atendimentos a qualquer uma dessas complicações. Complicações relacionadas a **Retossigmoidoscopia Diagnóstica** são raras, ocorrendo em 0,1% a 0,5% dos exames. As mais frequentes são perfuração (0,5%), sangramento (0,05%) e o não diagnóstico de lesões menores que 5mm ou de lesões planas que podem ocorrer em até 20% dos casos. Perfuração ocorre mais frequentemente em pacientes idosos com doença diverticular com deformidade dos cólons. Hemorragia é excepcional e ocorre geralmente em pacientes com distúrbios de coagulação submetidos à biópsia colônica e polípectomia podendo ocorrer até mesmo em período superior a 20 dias pós procedimento.

Essas complicações são mais frequentes nos procedimentos terapêuticos, incluindo polipectomia (retirada de pólipos), mucossectomia retirada de lesões planas ou depressivas, hemostasia (tratamento de lesões sangrantes), dilatação de estenose (estreitamento) colônica e descompressão colônica. As complicações após a polipectomia são as mais frequentes, ocorrendo sangramento e perfuração na base do pólipo retirado em, respectivamente, 1 a 2,5% e 0,3% a 2% dos casos. Essas complicações ocorrem geralmente em pacientes com pólipos de grandes dimensões (maiores que 2cm) e podem ocorrer no momento ou dias após a realização do exame. O sangramento pode ser tratado por hemostasia endoscópica e a perfuração habitualmente requer tratamento cirúrgico. (Complemento as informações dadas pelo médico assistente).

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, Dabigatran, 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 de Retossigmoidoscopia Diagnóstica e Terapêutica.

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