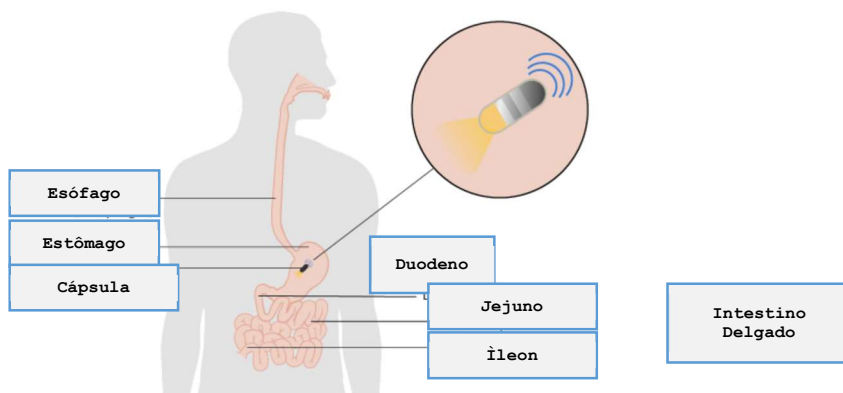


CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA CÁPSULA ENDOSCÓPICA



- **O seu Médico Assistente propôs a realização deste exame para o ajudar a compreender a sua situação e promover a sua resolução.**
 - **A Equipa que o irá realizar tudo fará para que o exame decorra sem problemas.**
 - **Estamos ao seu inteiro dispor para qualquer esclarecimento que entenda colocar ou sugestão para melhorarmos os nossos serviços.**
 - **A sua satisfação é um dos nossos objetivos.**
- Diagnóstico e/ou descrição da situação clínica**

Diagnóstico/indicação

O que é e como é realizada uma enteroscopia por cápsula?

A enteroscopia por cápsula é um exame de diagnóstico simples e não invasivo, que permite visualizar em particular o intestino delgado. É um exame relativamente recente, desenvolvido em 1999.

A cápsula endoscópica é do tamanho de um comprimido grande (com cerca de 0,5 cm x 2,5 cm) possui uma câmara de vídeo que capta imagens e as regista, através de sensores aplicados no corpo do doente ou de um recetor que é preso à sua cintura. Esta cápsula é engolida com a ajuda de alguns golos de água e passa pelo esófago, estômago, intestino delgado, colon e reto sendo expelida naturalmente dentro de 24 a 72 horas. A câmara de vídeo regista cerca de 50 000 imagens. Durante as horas de duração do exame pode realizar a sua vida normal, não sendo necessário que permaneça no hospital. No fim deste período deverá regressar ao hospital para se proceder à remoção dos sensores e gravador e as respetivas imagens serem processadas e analisadas no monitor.

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA CÁPSULA ENDOSCÓPICA

Os benefícios deste exame tem que ser ponderados cuidadosamente pelo médico assistente bem como os potenciais riscos, tendo algumas contraindicações:

- No caso de **gravidez** não se podem excluir lesões no feto em particular nos primeiros 3 meses, dado não existirem dados científicos á data.
- Em doentes com **pacemaker** ou outros dispositivos médicos implantados não se pode excluir a disrupção da função dos mesmos.
- Doente com **dificuldades de deglutição** presumidas ou assumida.
- Estenoses (zonas de estreitamento do Aparelho Digestivo), obstruções ou fistulas (comunicações anormais entre órgãos)

Deve avisar o médico e equipa responsável pelo procedimento se está ou presume estar grávida, e se possui pacemaker ou outros dispositivos médicos implantados

Em que situações é realizada uma enteroscopia por cápsula?

A decisão sobre a necessidade de realizar qualquer exame é sempre tomada pelo médico assistente, em função das características individuais de cada um e das suas queixas ou doença.

Em regra, é aconselhada a realização de uma enteroscopia por cápsula nos casos de diarreia crónica de causa desconhecida, dores abdominais crónicas, anemia por perda de ferro, hemorragia digestiva de causa desconhecida, de suspeita de tuberculose intestinal, síndromes de má absorção, polipose intestinal, ulcerações, neoplasias na avaliação da extensão da doença de Crohn e ainda para esclarecer dúvidas surgidas noutros exames.

Quais são as hipóteses de sucesso?

Como qualquer outro exame, na enteroscopia por cápsula não se pode garantir o sucesso em todos os exames. Em casos raros como por exemplo: circunstâncias físicas do doente, disfunção da câmara de vídeo, trânsito do delgado rápido. Este exame tem também a limitação de não permitir obter amostras ou realizar simultaneamente qualquer procedimento terapêutico.

É necessário alguma preparação?

Tratando-se de um procedimento em que se pretende obter imagens do intestino delgado é imprescindível que não estejam ali presentes alimentos. Assim, a realização de uma enteroscopia por cápsula requer um período de jejum prévio e uma preparação específica que é fornecida em separado. Estas instruções devem ser seguidas escrupulosamente, sob pena de não ser possível realizar o exame, de não ter qualquer utilidade ou de aumentar os seus riscos do procedimento
Deve informar o médico da medicação que toma e quais as doenças de que é portador.

Existem efeitos secundários, riscos ou complicações associados à realização de uma enteroscopia por cápsula?

Apesar de todos os cuidados, as complicações podem ocorrer sendo necessário tratamento adicional e até cirurgia.

- Em casos raros quando da deglutição a cápsula pode entrar nas vias respiratórias atingindo a traqueia condicionando dificuldade respiratória, podendo ter risco morte.
- O maior risco associado à enteroscopia por cápsula é a retenção da cápsula no tubo digestivo, o que pode resultar na necessidade de realizar um exame de raio-X para a localizar e/ou identificar a causa



Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia - Diretor Prof. Doutor Rui Tato Marinho
Unidade Técnicas de Gastrenterologia- Coordenador- Prof. Doutor Luis Carrilho Ribeiro

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA CÁPSULA ENDOSCÓPICA

desta ocorrência, ou eventualmente numa intervenção cirúrgica para a retirar podendo ter risco de morte.

A retenção da cápsula ocorre em cerca de 2,1% dos doentes com suspeita de hemorragia digestiva média, em 3,6% dos casos com suspeita de doença inflamatória do intestino e em 8,2% dos doentes com o diagnóstico estabelecido de doença inflamatória (Doença de Crohn).

Sintomas como dor abdominal, distensão abdominal, náuseas e vómitos estão associados a um aumento significativo de retenção de cápsula.

Nos casos de cirurgia prévia de intestino delgado, radiação pélvica, consumo de anti-inflamatórios não esteroides os riscos de retenção também está aumentada

Contactos:

Unidade de Técnicas de Gastrenterologia

E-mail: enfermagemutg@chln.min-saude.pt

Secretariado: Fax: **217 085 683**/ Telefone: **217 805242**

Médico (e-mail/ telefone): _____

Foi facultada informação documental sobre o(s) procedimento(s).

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada de decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do Profissional de Saúde: _____ Data: ____ / ____ / ____

Nº Cédula Profissional / Nº Mecanográfico (se não aplicável a primeira disposição)

Assinatura _____

Contacto institucional do profissional de saúde: _____

Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia - Diretor Prof. Doutor Rui Tato Marinho
Unidade Técnicas de Gastrenterologia- Coordenador- Prof. Doutor Luis Carrilho Ribeiro

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA CÁPSULA ENDOSCÓPICA À PESSOA / REPRESENTANTE

- Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a – esse é um direito que o assiste. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento. É fundamental que informe o médico gastrenterologista do seu historial clínico, nomeadamente da medicação que está a tomar! Preste especial atenção à Tabela anexa que deve preencher com o máximo rigor, sob pena de aumentar os riscos associados ao exame. Declaro:
- Ter compreendido os objetivos do que foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, bem como a nota explicativa do procedimento [quando aplicável];
- Ter-me sido dada a 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;
- Ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta;
- Saber que mantenho o direito de revogar a qualquer momento este Consentimento Livre e Esclarecido, antes que o procedimento objeto deste consentimento se realize;
- Que me foram fornecidas todas estas informações, verbalmente e por escrito, em linguagem, adequada à minha compreensão, e que todas as dúvidas em relação aos procedimentos previstos foram esclarecidas;
- Ter fornecido toda a informação sobre o meu estado de saúde, doenças, medicação à qual sou alérgico e medicação de uso crónico ou eventual, e que fui informado quanto à necessidade de manutenção ou cessação da mesma.

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.

Nome: _____ Data: ___/___/___

Assinatura: _____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima)

Nome:

Doc. Identificação N°: _____ Data de validade: ___/___/___

Grau de parentesco com o doente ou tipo de representação:

Assinatura: _____ Data: ___/___/___