

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

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO TERAPÊUTICA PROCTOLÓGICA

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 tudo decorra sem problemas.

INFORME-NOS SE É ALÉRGICO(A) A ALGUM MEDICAMENTO.

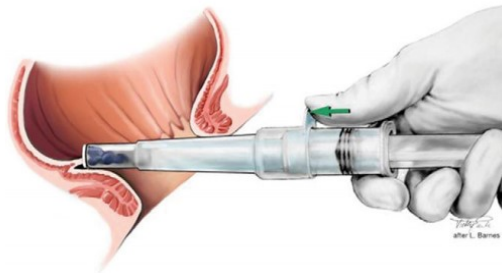
Durante a consulta de proctologia o médico realizará uma história clínica (interrogatório) sobre os seus sintomas e uma observação proctológica. Esta, consiste na observação da região perineal e anorectal, seguido de toque rectal e anoscopia (introdução do anuscópio no ânus para observação do canal anal).

Dependendo dos achados encontrados durante a observação, poderá ser necessário a realização de terapêutica proctológica. Esta dirige-se sobretudo à patologia hemorroidária e depende da gravidade da mesma (hemorroidas internas grau I, II, III ou IV). Poderão ser necessárias várias sessões de tratamento.

O tratamento realizado poderá ser:

a) Laqueação elástica das hemorroidas internas:

- Consiste na colocação de “elásticos” no pedículo hemorroidário através de dispositivos que são usados para a “aspiração” e laqueação elástica. Estes permitem aspirar as hemorróidas numa área insensível, não sendo necessária anestesia. Está indicado nas hemorroidas grau I, II e III.



- O método é eficaz na redução e controlo de sintomas, nomeadamente hemorragia, prolapso e prurido e escorrência associado a hemorroidas (80-90% dos casos).

- Embora seja raro (< 1-3% dos casos), poderá estar associado a complicações ligeiras nomeadamente dor anorectal (a complicação mais frequente-1-50%), hemorragia rectal (1-15%) e trombose hemorroidária (durante ou pós o procedimento). Complicações mais graves como sépsis perianal podem ocorrer numa minoria dos casos (1,5%).

- Contraindicado nos doentes com alterações da coagulação congénitas ou adquiridas (trombocitopenia, uso de anticoagulantes e uso de antiagregantes) devido ao alto risco de hemorragia. Nos doentes sob antiagregantes e anticoagulantes, a medicação deve ser suspensa 7-10 dias antes do procedimento proctológico e retomado apenas 7-10 dias após o procedimento.

b) Escleroterapia das hemorroidas internas:

- Consiste na injeção de um fármaco esclerosante -polidocanol a 2% - no pedículo hemorroidário. Indicado sobretudo nas hemorroidas grau I e II.

- Método eficaz em 75-89% dos casos

- Poderá também estar associado a complicações minor nomeadamente dor anorectal (a complicação mais frequente-5-80%), hemorragia rectal (2-10%), retenção urinária e trombose hemorroidária (durante ou pós o procedimento). Complicações mais sérias são raras (1-5%) e resultam da injeção do fármaco no local errado ou reações alérgicas ao



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

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO TERAPÊUTICA PROCTOLÓGICA

mesmo. Estas incluem: criação de fistulas rectais, perfuração rectal, impotência, abscessos perianais e sépsis perianal (septicemia, o mesmo que infeção generalizada)

- Pode ser usado nos doentes com alterações da coagulação e sob tratamento com antiagregantes ou anticoagulantes).

Tratamento em doentes imunodeprimidos

- Nos doentes imunodeprimidos (infeção a VIH, neutropenia grave (contagem absoluta de neutrófilos <500/ml), imunodeficiências congénitas, neoplasias hematológicas) o tratamento instrumental deve ser evitado, devendo otimizar-se as medidas conservadoras (dieta rica em água e fibras, laxantes, banhos de água quente). O tratamento instrumental deverá ser usado com precaução em doentes selecionados.

- Ao realizar tratamento, deve ser utilizada a escleroterapia (mais segura que a laqueação) seguida de antibioterapia profilática de modo a reduzir o risco de bacteriémia após a injeção do fármaco.

NOTA:

- A sépsis perianal pode ser uma condição grave com risco de vida. Assim, a presença de febre, dor severa e retenção urinária após o procedimento são sintomas de alarme e que devem motivar a ida ao serviço de urgência.

- Uma hemorragia de sangue vermelho vivo de pequeno volume e auto-limitada é, tal como referido, uma das complicações de pequena gravidade dos procedimentos e poderá ocorrer até 21 dias que seguem o procedimento e não constitui sinal de alarme. As hemorragias abundantes e contínuas (0,5-2%) são sinal de alarme e devem motivar a ida ao serviço de urgência.

- Nas hemorroidas refratárias a tratamento médico e com persistência de sintomas (sobretudo grau III) e nas hemorroidas grau IV poderá ser necessário tratamento cirúrgico.

Se não puder comparecer, ou tiver alguma dúvida contacte-nos

Contactos:

Unidade de Técnicas de Gastrenterologia

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

Secretariado: Fax: **217 085 683**/ Telefone: **217 805 242**

Médico (e-mail/ telefone): _____

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

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondo 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: _____

As alternativas aos exames proctológicos são limitadas.

No momento em que o seu Médico Assistente lhe solicitou este exame/intervenção, deve ter-lhe explicado em que consiste, os objetivos e os riscos associados.

Caso não deseje realizar estes exames deve falar com o seu Médico assistente e ponderar os exames alternativos. No entanto as alternativas (ex. radiológicos) são predominantemente diagnósticas. Caso tenha necessidade de terapêutica, terá sempre de se

Direção do Serviço de Gastreenterologia e Hepatologia - Prof. Doutor Rui Tato Marinho
Unidade Técnicas de Gastreenterologia - Coordenador - Prof. Doutor Luis Carrilho Ribeiro

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO TERAPÊUTICA PROCTOLÓGICA

sujeitar a terapêutica aqui descrita ou a um procedimento cirúrgico.

É importante salientar que, dependendo da indicação, corre riscos adicionais se não realizar estes exames, designadamente hemorragias e não diagnóstico de lesões oncológicas.

Contacto institucional do profissional de saúde: _____

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 gastreenterologista do seu historial clínico, nomeadamente da medicação que está a tomar! Preste especial atenção à Tabela seguinte 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 coloquial, dentro dos limites da 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 Nº: _____ Data de validade ____ / ____ / ____

Grau de parentesco com o doente ou tipo de representação: _____

Assinatura: _____

SERVIÇO DE
GASTREENTEROLOGIA E HEPATOLOGIA I