PINA CABRAL
CONSULTÓRIOS MÉDICOS

MARCAÇÃO

Dia _____/_____ às _____._____ horas

Rua Afonso Lopes Vieira, nº 38 | 2400-082 Leiria
Telef. 244825124 / 926375677

Consentimento informado para Anuscopia

A ANUSCOPIA é um exame endoscópico realizado por um Médico Gastrenterologista, que permite avaliar diretamente o ânus, o canal anal e parte da ampola retal. Para isso é usado um instrumento rígido com a extremidade biselada, com cerca de 7 cm de comprimento e 2 cm de diâmetro, e uma fonte de luz, designado anuscopio.

Em regra, este exame é bem tolerado; poderá ser percetível uma sensação de pressão ou necessidade de defecação induzida pelo anuscópio. Geralmente, este exame é realizado para avaliação e diagnóstico de causas de dor, inflamação ou infeção anal ou perianal, hemorroidas, prolapso retal, fissuras anais, fístulas anais, abcessos perianais, condilomas e cancro retal. Caso seja necessário poderão ser colhidas amostras de tecido (biopsia).

A anuscopia é em exame simples, que em geral não está associado a riscos ou complicações. Poderá persistir uma sensação de dor associada à introdução do anuscópio, mas que desaparece rapidamente. Mais raramente pode ocorrer uma hemorragia retal. A anuscopia não é um exame infalível, existindo a possibilidade de algumas lesões não serem detetadas.

Traga sempre todos os medicamentos que está a tomar.
Transmita à equipa clínica se é alérgico a alguma coisa e se é portador de algum dispositivo médico tipo "pacemaker" ou desfibrilhador implantável.

Se, após o exame, notar algo de anormal que possa ser uma complicação (dores abdominais intensas, mal-estar geral, perda de sangue, febre, vómitos intensos, falta de ar) não hesite em dirigir-se ao Serviço de Urgência mais próximo, levando o relatório do exame.

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em obter informações adicionais questionando a equipa clínica que lhe solicitou a anuscopia ou a equipa clínica que lha vai realizar.

Limpeza rectal para o exame

A anuscopia geralmente não necessita de qualquer preparação prévia. Em algumas situações o médico pode sugerir a realização de um enema de limpeza prévio (ex.: Clyss-go) que pode adquirir nas farmácias, não necessitando de receita médica.

Aplique o enema retal duas horas antes do procedimento, ainda na sua residência. Proceda de acordo com as instruções existentes na embalagem. O objetivo é limpar a porção final do intestino grosso.

Não necessita de fazer jejum.

DECLARAÇÃO

Declaro que me foi entregue este documento e que tomei conhecimento e percebi as vantagens, riscos e complicações que podem estar associados a este exame/intervenção diagnóstica e/ou terapêutica e que autorizo, não só a sua execução, mas também os procedimentos associados e atos médicos necessários à resolução de eventuais complicações.
Foram-me proporcionadas as informações e esclarecimentos que considerei necessários.
Sei que tenho o direito de mudar de opinião, revogando o meu consentimento mesmo depois de assinar o documento, obrigando-me a dar imediato conhecimento de tal facto à equipa médica.

Nome completo:_____

Data: _____ de _____ de 202____.

_____
Assinatura do utente (ou do seu responsável)
CONSENTIMENTO INFORMADO

Mais autorizo a recolha dos meus dados pessoais, incluindo dados de saúde, para efeitos de realização de consultas médicas e/ou exames complementares de diagnóstico. Autorizo igualmente a recolha de dados pessoais para efeitos de faturação. Para estes efeitos, os dados poderão ser partilhados com terceiros, designadamente a plataforma clínica iMed, laboratórios de anatomia-patológica ou outros parceiros clínicos ou laboratoriais. A recolha e partilha de dados respeita a Política de Privacidade disponível para consulta nesta clínica e no "site" da web, em www.pinacabral.com.

Data: _____ de _____ de 202____.

_____
Assinatura do utente (ou do seu responsável)

Declaro que o utente/doente recebeu toda a informação considerada essencial para o seu devido esclarecimento relativamente ao exame. Houve total disponibilidade para responder às eventuais questões antes do exame endoscópico e foram-lhe transmitidos os cuidados e sinais de alerta após o mesmo.

Nome do médico / cédula profissional :_____

Data: _____ de _____ de 202____.

_____
Assinatura do Médico executante