



GASTROCLÍNICA FLORIANÓPOLIS

GUIA DE PREPARO PARA COLONOSCOPIA

É fundamental que o intestino esteja sem resíduos fecais para que a colonoscopia possa ser realizada com segurança e qualidade. Com esse objetivo em mente, solicitamos seguir à risca as orientações abaixo.

1) COMO DEVE SER A ALIMENTAÇÃO NOS DIAS QUE ANTECEDEM O EXAME?

3 dias antes da colonoscopia

- ▶ Suspender a ingestão de sementes, amendoim, nozes, avelã, castanhas e cereais integrais, como: linhaça, trigo, aveia, centeio, cevada, quinoa, granola e cereais matinais.

1 dia antes da colonoscopia, dieta leve até o almoço. Após o almoço, não ingerir mais nada sólido (!)

- ▶ **PERMITIDO:** purê de batatas ou aipim, arroz branco, ovo cozido, frango ou peixe grelhados, batata cozinha, caldo ou sopa, macarrão sem molho, biscoito de água e sal, pão de forma ou francês, torrada e gelatina.
- ▶ **PROIBIDO:** Carnes vermelhas, verduras e legumes em geral, frutas, leite e derivados (iogurte, queijo etc), bebidas escuras (suco de uva, café, coca cola, chá preto, chá mate e bebidas alcoólicas).



Após o almoço, não ingerir mais nada sólido, ingerir apenas líquidos claros (2 litros), como: água, água de coco ou Gatorade® de laranja ou limão.

2) NO DIA DO EXAME: JEJUM COMPLETO DE ALIMENTOS!

Jejum absoluto no dia do exame é essencial para garantir a segurança e qualidade da colonoscopia.

Para evitar desidratação, que pode ocorrer com o uso de laxantes, procure ingerir 1-2 litros de líquidos claros. É permitido a ingestão de água ou Gatorade® de laranja ou limão até 3 horas antes do exame.



Suspender completamente a ingestão de líquidos 3 horas antes da colonoscopia.

3) COMO E QUANDO DEVO TOMAR OS LAXANTES PARA A LIMPEZA INTESTINAL?

Para a limpeza intestinal é necessário o uso de 2 tipos de laxantes: **DULCOLAX** e **MANITOL 20% + SIMETICONA**.

O ideal é que ocorram de 8-12 evacuações para a limpeza completa do intestino.

Um sinal de que o preparo intestinal ficou bom é a eliminação de fezes completamente líquidas, com aspecto de urina amarelo-esverdeada.

1º LAXANTE:

Para ser usado 1 dia antes do exame (véspera), às **15:00h**.

- ▶ **DULCOLAX**, tomar 2 comprimidos. Esse laxante leva cerca de 6 horas para fazer efeito.

2º LAXANTE:

O horário de tomada do MANITOL varia conforme o período em que foi agendado o exame.

- ▶ **MANITOL 20% + SIMETICONA**, coloque numa jarra 500 ml de Manitol 20%. Adicione 500 ml de Gatorade® de limão ou laranja. Adicione ainda, 100 gotas de Simeticona. Tomar 1 copo a cada 15 minutos.

Colonoscopia realizada no período da **MANHÃ**

Horário de tomada do **MANITOL**

24:00h

beber em pequenos goles ao longo de 90 minutos

Colonoscopia realizada no período da **TARDE**

Horário de tomada do **MANITOL**

7:00h

beber em pequenos goles ao longo de 90 minutos

4) O QUE FAZER EM CASO DE NÁUSEAS, VÔMITOS OU CÓLICAS NA BARRIGA?

Em caso de náuseas e/ou vômitos, **VONAU 4 mg**, 1 cp, via oral, podendo repetir a dose em 2 horas, se não melhorar. Em caso de cólicas na barriga, **BUSCODUO**, 1 cp, via oral, podendo repetir a dose em 2 horas, se não melhorar.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO & AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

COLONOSCOPIA SOB SEDAÇÃO ENDOVENOSA



NOME DO(A) PACIENTE

DATA DO EXAME

DATA DE NASCIMENTO

PESO

ALTURA



A Resolução 1.886/2008 do Conselho Federal de Medicina determina que o procedimento endoscópico deverá ser suspenso se o paciente apresentar-se ao serviço sem a companhia de pessoa que se responsabilize por acompanhá-lo durante o exame e no retorno ao lar.

NOME DO(A) ACOMPANHANTE

TELEFONE

ASSINATURA

PERGUNTAS IMPORTANTES SOBRE O SEU HISTÓRICO DE SAÚDE

1	Está ou esteve recentemente em tratamento médico? Qual(is)? Se SIM, informe ao lado no campo A .	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
2	Você está tomando algum remédio? Se SIM, informe ao lado no campo B .	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
3	Você usa regularmente ou usou recentemente medicamentos que alteram a coagulação sanguínea?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
4	Você está grávida ou suspeita que possa estar?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
5	É portador de Diabetes?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
6	Tem alergia? Se SIM, informe ao lado no campo C .	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
7	Tem anemia ou sofre de doença renal?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
8	Tem problemas respiratórios? ASMA? BRONQUITE? OUTROS?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
9	É portador do HIV, vírus da hepatite B ou C?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
10	Quando se fere, sangra muito ou demora a cicatrizar?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
11	Tem problemas de pressão arterial alta ou baixa?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
12	Tem problemas de coração? VÁLVULA? MARCAPASSO? OUTROS?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
13	Já foi operado ou teve alguma doença grave? Se SIM, informe no campo A .	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
14	Existe algo importante sobre sua saúde que não foi perguntado aqui? Se SIM, informe no campo A .	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

ANOTE ABAIXO OS TRATAMENTOS E/OU CIRURGIAS QUE VOCÊ JÁ REALIZOU

A

ANOTE ABAIXO TODOS OS MEDICAMENTOS QUE VOCÊ ESTÁ TOMANDO

B

ANOTE ABAIXO AS ALERGIAS QUE VOCÊ TEM OU QUE VOCÊ SUSPEITA TER

C

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A *colonoscopia sob sedação endovenosa* é um procedimento seguro, examina o intestino grosso, sendo possível o diagnóstico e, muitas vezes, o tratamento de lesões precursoras do câncer de intestino (polipectomia). É possível ainda realizar biópsias, dilatações, hemostasias, tatuagens, etc.

No entanto, como em todo ato médico, o risco de complicações existe. O tratamento de algumas complicações depende de internação hospitalar e cirurgia. As complicações associadas à colonoscopia incluem as abaixo citadas:

1) febre e calafrios; 2) irritação e hematomas no local da punção venosa; 3) dor abdominal, acúmulo de gases, vômitos e desidratação; 4) arritmias cardíacas; 5) reações alérgicas; 6) dificuldade para respirar; 7) perfuração do cólon e sangramentos.

CONFORME O SEU JULGAMENTO, RESPONDER SIM OU NÃO PARA CADA UMA DAS PERGUNTAS ABAIXO

<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

ASSINATURA DO(A) PACIENTE

ASSINATURA E CARIMBO DO(A) MÉDICO(A) ANESTESISTA