



## UNIDADE DE ENDOSCOPIA DO HOSPITAL DOM MANUEL AGUIAR

### **ANUSCOPIA COM OU SEM LAQUEAÇÃO ELÁSTICA** **(Folheto Informativo e Consentimento Informado)**

#### **DIAGNÓSTICO E/OU DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO CLÍNICA**

#### **DESCRIÇÃO DO ATO/INTERVENÇÃO, SUA NATUREZA E OBJETIVO E BENEFÍCIOS**

##### **ANUSCOPIA**

Anuscopia é um exame realizado no canal anal que pretende avaliar os problemas do ânus. Este exame é efetuado com um pequeno espéculo rígido (anuscópio) inserido poucos centímetros no interior do ânus. Permite ainda a realização de biopsias ou tratamento às hemorroidas, quando necessário.

A anuscopia é realizada com o paciente apoiado sobre os joelhos e o peito ou deitado sobre o lado esquerdo com as pernas fletidas. O anuscópio é lubrificado e, depois de realizado um toque rectal, é inserido através do ânus até ao reto permitindo a observação destas estruturas.

##### **O QUE FAZER ANTES DA ANUSCOPIA COM LAQUEAÇÃO ELÁSTICA HEMORROIDÁRIA?**

A anuscopia geralmente não carece de qualquer preparação. Nalgumas situações o médico pode sugerir a realização de um enema de limpeza.

##### **LAQUEAÇÃO ELÁSTICA HEMORROIDÁRIA**

Trata-se de um tratamento realizado em ambulatório, para diminuir as hemorroidas internas sem o recurso à cirurgia. Consiste na aspiração das hemorroidas para o interior de um aparelho de laqueação, seguindo-se a aplicação de um anel elástico na hemorróida a tratar. Ao fim de algum tempo (4 a 7 dias depois) a hemorróida necrosa e cai sendo eliminada pelo ânus, podendo não ser detetada ou então notar uma pequena perda de sangue vivo nessa altura. Poderão ser necessárias várias sessões de tratamento.

##### **É UMA TÉCNICA DOLOROSA?**

A laqueação elástica hemorroidária é um procedimento simples, por norma indolor, não necessitando de sedação ou anestesia. Nalgumas situações pode ocorrer uma sensação temporária de vontade de defecar, de peso intra-anal, que mais não é do que o resultado da tração do pedículo hemorroidário.

**RISCOS GRAVES E RISCOS FREQUENTES**

Após observação proctológica (canal anal e recto - anoscopia), é comum ocorrer uma sensação de desconforto na região perianal. Se forem realizados actos terapêuticos podem ocorrer outras complicações como dor perianal, febre e hemorragia. Estas complicações são raras e geralmente resolvidas com técnicas endoscópicas ou terapêutica médica conservadora mas, em último recurso, e só muito raramente, poderá ser necessário uma cirurgia de urgência. Como em todos os actos médicos há um risco de mortalidade, embora muito reduzido (menos de 0,1%).

**RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES:**

1. No dia do exame **é obrigatório fazer-se acompanhar desta declaração devidamente assinada.**
2. Se está a ser tratado(a) com algum medicamento **antiagregante ou anticoagulante** deve consultar o seu Médico Assistente pois pode haver necessidade de ajustar esta medicação antes do exame.
3. Se após o exame notar algo de anormal (dores abdominais intensas, mal estar geral, perda de sangue pelo ânus, febre, vómitos intensos, distensão abdominal) deve dirigir-se ao Serviço de Urgência mais próximo.

**ATOS/INTERVENÇÕES ALTERNATIVAS FIÁVEIS E CIENTIFICAMENTE RECONHECIDAS /RISCOS DE NÃO TRATAMENTO**

A realização de ANUSCOPIA/LAQUEAÇÃO ELÁSTICA foi solicitada pelo seu médico assistente por se tratar de ser a melhor opção para a situação clínica, tendo em conta os exames alternativos existentes. O risco de não realizar o procedimento acima descrito está diretamente relacionado com ausência de diagnóstico e consequente tratamento relacionado com as queixas ou suspeitas diagnósticas, levantadas pelo médico assistente.

**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. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

**PARTE DECLARATIVA DA PESSOA QUE CONSENTE**

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada 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, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. 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***

Nome \_\_\_\_\_  
Doc. Identificação n.º \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_  
Grau de parentesco ou tipo de representação: \_\_\_\_\_  
Assinatura \_\_\_\_\_

**PARTE DECLARATIVA DO PROFISSIONAL**

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 da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome profissional de saúde \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
Assinatura \_\_\_\_\_  
Número de cédula profissional ou número mecanográfico \_\_\_\_\_

No caso de faltar ao exame avise com antecedência contactando o Secretariado da Unidade de Endoscopia – **telefone: 244100009**.

**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. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

**PARTE DECLARATIVA DA PESSOA QUE CONSENTE**

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada 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, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. 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***

Nome \_\_\_\_\_  
Doc. Identificação n.º \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_

Grau de parentesco ou tipo de representação: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

**PARTE DECLARATIVA DO PROFISSIONAL**

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 da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome profissional de saúde \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Número de cédula profissional ou número mecanográfico \_\_\_\_\_

No caso de faltar ao exame avise com antecedência contactando o Secretariado da Unidade de Endoscopia – **telefone: 244100009**.