

**PREPARO PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**

PACIENTE: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ CONVENIO: \_\_\_\_\_

INDICAÇÃO: \_\_\_\_\_ Medico solicitante: \_\_\_\_\_

**EXAME AGENDADO PARA: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ ÀS \_\_\_:\_\_\_ (CHEGAR 20 minutos antes)**

- Até 12h antes do exame: dieta livre
  - De 12 a 8h antes do exame, só pode tomar LÍQUIDO: água, chá, café, Gatorade, qualquer suco **COADO** (não pode leite) - **JEJUM ABSOLUTO (INCLUSIVE ÁGUA) nas 8 (oito) HORAS ANTES DO EXAME.**
  - Vir acompanhado (a) por alguém maior de 18 anos. **O exame não será realizado se o paciente vier sozinho.**
  - Tomar os **remédios de pressão** normalmente - O ideal é sempre deixar para tomar os remédios após o exame. Entretanto, a maioria dos remédios pode ser utilizada normalmente até 3 horas antes do exame.
  - Não tomar **insulina** no dia do exame.
  - Suspender 07 dias antes do exame: **AAS, SOMALGIN, ASPIRINA, CLOPIDOGREL, PLAVIX, TICLOPIDINA, TICLID, GINKGÓ BILOBA** (pergunte antes ao seu médico que prescreveu se pode suspender mesmo).
  - Entre em contato se você usa **MAREVAN, XARELTO, BRILINTA** ou similares.
  - Retire próteses dentárias antes da realização do exame e deixe com o acompanhante ou entregue à enfermagem na sala de exames.
  - No dia do exame, o paciente aguardará na recepção pela sua vez, sendo então encaminhado para o vestiário. Lá, guardará seus pertences em um armário com chave, que ficará em poder de seu acompanhante. Ao final do exame, o paciente receberá alta alguns minutos após sua recuperação.
- OBS: favor imprimir, assinar e levar este impresso no dia do exame, junto com o pedido médico original, carteira do convênio na validade e carteira de identidade com foto.**

**IMPORTANTE** - Recomendações após o exame:

- É **PROIBIDO** dirigir ou trabalhar durante o resto do dia.
  - Não amamentar até 12h após o exame / não andar de bicicleta, moto, garupa, etc. / Não manusear facas, tesouras, maquinas e instrumentos perigosos.
  - Alimentar-se normalmente 30 minutos após a alta, tomando muito liquido (principalmente água, Gatorade e água de côco).
  - O laudo do exame será entregue na recepção, no mesmo dia do exame.
  - **DÚVIDAS: (21) 2606-4446 e (21) 3022-6666 (Sra. Vanessa, Leovane ou Margarete) / 21 98613-0007 (Dr. Bruno)**
- VERIFIQUE O LOCAL DO SEU EXAME:**

( ) Rua Coronel Serrado, nº 1000 - Salas 1103 a 1106, Zé Garoto, São Gonçalo

( ) Rua Ator Paulo Gustavo, 229 salas 1913/1914 Shopping Icaraí, Niterói

**ENTREVISTA:**

**ESTA GESTANTE (GRAVIDA?):** ( ) SIM ( ) NÃO

**DOENÇAS CLÍNICAS (tem ou teve):**

( ) HIPERTENSÃO ARTERIAL ( ) DIABETES ( ) INFARTO ( ) ANGINA ( ) AVC ( ) ANEMIA ( ) ASMA / BRONQUITE  
( ) ENFISEMA/DPOC ( ) HEPATITE ( ) DOENÇAS DE COAGULAÇÃO ( ) OUTRAS DOENÇAS: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS EM USO :** \_\_\_\_\_

**ALERGIAS:** \_\_\_\_\_

**CIRURGIAS PREVIAS:** ( ) NÃO ( ) SIM - QUAIS? QUANDO? \_\_\_\_\_

**HABITOS:** ( ) FUMA ( ) NÃO FUMA / **BEBIDAS ALCOOLICAS:** ( ) NÃO BEBE ( ) ATE 2X/SEMANA ( ) 3X/SEMANA OU MAIS

**EXAMES ANTERIORES:** ( ) ENDOSCOPIA - ÚLTIMA EM: \_\_\_\_\_ ALTERAÇÕES: \_\_\_\_\_

**INTERCORRÊNCIAS:** \_\_\_\_\_

Declaro que informei todos os dados referentes a minha saúde, incluindo as medicações em uso e histórico de reações alérgicas.

paciente  responsável: \_\_\_\_\_ parentesco: \_\_\_\_\_

Identidade nº: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ telefone:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ assinatura: \_\_\_\_\_