

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS EXAME PARA REALIZAÇÃO DE GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA (GEP)

O presente Termo de Consentimento cumpre o dever ético de informar ao paciente e/ou seu responsável a respeito dos principais aspectos relacionados aos cuidados aos quais poderá ser submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico.

### Definição:

Para A gastrostomia endoscópica percutânea é um método empregado para fornecimento de dieta enteral por tubo colocado no estômago (gastrostomia) por endoscopia através da pele para suporte nutricional adequado de pacientes que não conseguem fazer uso adequado de dieta oral ou que necessitem fazer uso de dieta por sonda nasoenteral por tempo prolongado.

### Complicações:

1. Obstrução da sonda.
2. Migração da sonda para intestino delgado.
3. Extravasamento de suco gástrico e/ou dieta pelo óstio da gastrostomia por irritação química (suco gástrico).
4. Infecção do óstio com drenagem de secreção purulenta.
5. Perfuração de outras vísceras e sangramento podem ocorrer excepcionalmente.

### Preparo para realização do exame:

1. Jejum absoluto de 8 horas antes da realização do exame (significa que o Sr(a) não pode ingerir nenhum tipo de alimento ou líquido - água, chá, café, etc.).
2. Medicamentos anticoagulantes deverão ser suspensos antes do procedimento e os níveis de coagulação corrigidos a valores aceitáveis para a realização do procedimento a critério do médico assistente.
3. O exame será realizado sob sedação ou anestesia sob supervisão de um anestesista, para evitar dor e desconforto por parte do paciente.

**Após realização do exame:**

1. Jejum de 6 horas com a sonda aberta. Após 6 horas, poderá ser administrado líquido em pequenos volumes.
2. Caso não apresente dor, distensão abdominal ou saída de líquido ao redor da sonda poderá iniciar a dieta normalmente.
3. Caso haja extravasamento de suco gástrico, secreções ou acúmulo de resíduos no orifício da gastrostomia, comunique a equipe de enfermagem.
4. A tração acidental ou intencional da sonda por parte do paciente deve ser evitada, pois pode levar ao extravasamento de secreção gástrica e/ou dieta para a cavidade abdominal, peritonite e necessidade de cirurgia.

**Considerações finais:**

1. O paciente declara ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).
2. Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.
3. Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem
4. clara e acessível.
5. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

---

Assinatura do paciente

---

Assinatura do familiar