



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO MANOMETRIA ANORRETAL

Prezado (a) cliente,

Seu médico considera necessária a realização de manometria anorretal para ajudar no diagnóstico e no tratamento de distúrbios relacionados à função anorretal. Agradecemos a sua escolha pelo Gedcenter para realização desse exame. Estamos cientes da nossa responsabilidade e procuraremos atendê-lo(a) da melhor forma possível. O presente termo de consentimento cumpre o dever ético de informar o paciente e/ou seu responsável sobre o exame de manometria anorretal, com as respostas para as dúvidas mais frequentes. Além disso, solicitamos a gentileza de preencher o questionário que se encontra no final deste termo e assiná-lo. Caso tenha alguma dúvida ou deseje informações adicionais, entre em contato com um dos nossos colaboradores, que terão prazer em atendê-lo.

### **O que é a manometria anorretal?**

É um exame que permite a avaliação objetiva e quantitativa da musculatura esfíncteriana. Fornece informações detalhadas a respeito da função anorretal, ajudando na avaliação de grande variedade de distúrbios do assoalho pélvico, particularmente nos casos de incontinência e constipação intestinal. O médico usa uma sonda flexível, que apresenta sensores na extremidade para detectar as pressões exercidas pelos esfíncteres anais. Utiliza ainda um balão para avaliação dos padrões volumétricos do reto. Esses parâmetros são traduzidos graficamente. A manometria anorretal tem como objetivo principal a mensuração das pressões dos músculos do esfíncter anal. Além disso, fornece informações importantes para avaliação da capacidade do reto de servir como um reservatório e da sua sensibilidade a diferentes estímulos. O exame é simples, improvável de causar qualquer dor e não requer sedação venosa.

### **Qual é o preparo para a manometria anorretal?**

É necessária apenas uma lavagem retal 2 horas antes do exame e jejum em seguida.

### **O que acontece durante a manometria anorretal?**

Um fino cateter de maleável é introduzido através do ânus após lubrificação do mesmo com gel e, em seguida, o paciente é solicitado a acionar a musculatura pélvica e anal, realizando movimentos de contração voluntária e expulsão. O cateter é acoplado a um sistema de perfusão que mede a pressão muscular e a transmite para um polígrafo e para um computador, onde as medidas de pressão são registradas. É necessário que o paciente esteja acordado durante todo o exame, participando ativamente, atendendo às solicitações do médico executante. O exame dura em média 20 minutos.

### **O que acontece depois da manometria anorretal?**

O paciente será liberado para casa logo após o procedimento.

### **Quais são as complicações possíveis da manometria anorretal?**

**O exame é seguro e as complicações são raras. Pode ocorrer alergia ao gel ou leve desconforto anal após o procedimento.**

**Importante:** Este termo de consentimento livre esclarecido é recomendado pelas sociedades médicas do Brasil e do exterior. As informações acima consistem em esclarecimentos gerais e não podem ser usadas para definir a conduta em casos específicos. É muito importante consultar o médico sobre suas condições particulares.

Favor responder o questionário abaixo, assinar o termo de consentimento, e entregá-los à enfermeira antes do exame.

1- É alérgico(a) a algum medicamento?

Não ( ) Sim ( ) Qual? \_\_\_\_\_

2- Faz uso de algum medicamento?

Não ( ) Sim ( ) Qual? \_\_\_\_\_

3 – Já fez manometria anorretal?

Não ( ) Sim ( ) Qual foi o resultado? \_\_\_\_\_

4 – Já foi operado (a) do intestino?

Não ( ) Sim ( ) Qual foi o motivo? \_\_\_\_\_

5 – Já fez operação anal?

Não ( ) Sim ( ) Qual? \_\_\_\_\_

OBS: Qualquer dúvida referente às perguntas deve ser esclarecida com o médico antes do exame. Essas informações são sigilosas e confidenciais.

Declaro que li com atenção as informações contidas neste termo, que me foi oferecida uma cópia do mesmo e que respondi corretamente às perguntas acima. Autorizo, livre e conscientemente, a realização do exame de Manometria Anorretal, conforme pedido do médico assistente.

Juiz de Fora, de de .

Nome do cliente:

ID:

Assinatura do cliente:

Assinatura/ Carimbo do médico responsável: