

Rua Sá da Bandeira, 752  
400-432 Porto  
Tel. 222076370 Fax 222076379

### pHmetria ambulatória do esófago

#### Informação e preparação para o exame

Este exame demorará 24 horas. Ser-lhe-á colocada, por via nasal, uma sonda no esófago, ligada a um pequeno computador de bolso.

É importante que programe a sua vida para estar disponível no dia seguinte à colocação do aparelho. No entanto, aconselha-se que tente, dentro do possível, fazer as suas actividades habituais durante o período em que decorre o exame.

Durante o exame, poderá fazer refeições semelhantes às habituais.

Não é preciso preparação especial para o exame. No entanto, deverá ter em atenção os seguintes aspectos:

1. Não pode tomar medicamentos que combatem a acidez gástrica 7 dias antes do exame. Em caso de dúvida, consulte o seu médico para o informar se está a tomar medicamentos deste tipo.
2. Deverá estar sem comer e sem beber 7 horas antes da colocação da sonda.

**Nota importante:** O seu exame será realizado respeitando a preparação acima indicada (ou seja, deverá parar a medicação que combate a acidez gástrica 7 dias antes do exame) a menos que o seu médico especifique claramente na requisição que pretende o exame sob medicação. Em caso de dúvida, deverá contactar o médico que requisitou o exame.

Compareça no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_ Horas

## CONSENTIMENTO INFORMADO

### pHmetria / pH-Impedanciometria ambulatoria do esôfago

<b>1. Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:</b>	A pHmetria / pH-Impedanciometria de 24 horas permite detetar a presença de refluxo de conteúdo da cavidade gástrica para o esôfago. Está indicada no estudo de sintomas de refluxo gastro-esofágico. O exame consiste na introdução de um cateter por via nasal até ao esôfago distal. A introdução demora em média 30 minutos. A sonda encontra-se ligada a um pequeno computador de bolso, registando, durante 24 horas, métricas associadas ao refluxo. O exame tem duração de 24 horas, sendo realizado em ambulatório.
<b>2. Benefícios:</b>	Confirmar a doença de refluxo ácido (pHmetria), ou refluxo ácido e não-ácido (pH-Impedanciometria) gastro-esofágico, juntamente com outros exames.
<b>3. Riscos Graves e Riscos Frequentes</b>	Este é um procedimento seguro, de baixo risco e habitualmente indolor. Podem ocorrer dor ao engolir, dor de garganta, congestão e/ou sangramento nasal após a sua realização. A entubação traqueal inadvertida é pouco frequente. Complicações graves como a perfuração esofágica são extremamente raras. Geralmente estas complicações são resolvidas com técnicas endoscópicas ou terapêutica médica conservadora, mas, em último recurso, poderá ser necessário ficar internado ou realizar uma cirurgia de urgência. Como em todos os atos médicos interventivos há um risco de mortalidade, embora muito reduzido.
<b>4. Atos / Intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:</b>	De acordo com a indicação, existem exames alternativos, como exames endoscópicos e exames radiológicos com contraste.
<b>5. Riscos de Não-Tratamento:</b>	A não realização pode impossibilitar ou atrasar o diagnóstico e o tratamento.

#### ESPAÇO RESERVADO AO PROFISSIONAL DE SAUDE EXECUTANTE:

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondo 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, assim como informei que a qualquer momento pode retirar o consentimento.

Nome Legível:		
Data:	Hora:	N.º Cédula Profissional:
Contacto Institucional: 222076370	Assinatura:	

#### ESPAÇO RESERVADO AO UTENTE/REPRESENTANTE LEGAL

Por favor leia com atenção todo o conteúdo deste documento e folheto informativo anexo que lhe for entregue. 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.

☐ Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pelo profissional 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.

☐ Declaro ter compreendido que no dia do exame devo fazer-me acompanhar desta declaração devidamente assinada e que, se após o exame sentir algo de anormal (dores intensas, perda de sangue, febre, vômitos, distensão abdominal ou dificuldade respiratória) devo entrar em contacto com a instituição; se esta não estiver em horário de atendimento devo dirigir-me ao Serviço de Urgência mais próximo.

☐ **AUTORIZO** ☐ **NÃO AUTORIZO**, o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas

☐ **AUTORIZO** ☐ **NÃO AUTORIZO** que naqueles procedimentos participem e assistam outros profissionais de saúde, nomeadamente em período formativo, estes sob tutela do profissional acima identificado.

☐ **AUTORIZO** ☐ **NÃO AUTORIZO** o registo fotográfico ou filmado e sua utilização, assim como de outra documentação, para fins científicos ou de ensino, desde que seja salvaguardado o anonimato.

☐ **AUTORIZO** ☐ **NÃO AUTORIZO** - Sedação: Diminuição transitória do nível de consciência e eventualmente amnésia, permitindo a realização de atos médicos com conforto e menor ansiedade. Esta é induzida pela injeção de medicamentos através de um acesso colocado numa veia. O doente mantém a sua capacidade de respirar sozinho.

Data:	Assinatura(s) : _____
Se o menor tiver discernimento, deve também assinar	

**SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE** (se o menor tiver discernimento e 16 ou mais anos, deve assinar em cima)

☐ **Representante legal:** ☐ **Pessoa de relação próxima com o (a) Utente** (registar no processo se mais do que uma pessoa)

☐ Pai/Mãe ☐ Filho/Filha ☐ Cônjuge ☐ Tutor ☐ Outro (especificar)

☐ Cartão Cidadão/BI ☐ Passaporte ☐ Carta de condução N.º \_\_\_\_\_ Data Emissão ou validade: \_\_\_\_\_  
Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Rua Sá da Bandeira, 752  
4000-432 Porto  
Tel. 222076370  
[manoph@manoph.pt](mailto:manoph@manoph.pt)

## Manometria Esofágica

### Informação e preparação para o exame

- **Em que consiste a Manometria Esofágica**

Este exame realiza-se para comprovar se existem alterações dos movimentos (motilidade) do esófago. Introduce-se uma sonda flexível de fino calibre pelo nariz até ao esófago. A sonda liga-se a um aparelho que regista as contrações do esófago desde a faringe até ao estômago.

- **Que terá de fazer durante o exame**

Uma vez colocada a sonda, ser-lhe-á pedido que beba pequenas quantidades de água. Habitualmente o exame tem uma duração inferior a 30 minutos. Para otimizar os registos, recomendamos não utilizar cremes faciais.

- **Complicações**

A Manometria Esofágica é um exame bem tolerado na maioria dos casos. A introdução da sonda pelo nariz e a sua passagem a nível da faringe poderá causar desconforto e pode produzir alguma náusea. No entanto, uma vez colocada a sonda, o restante procedimento tolera-se bem. Raramente foram descritas complicações como hemorragia pelo nariz ou esófago, perfuração esofágica, reflexo vaso-vagal ou tosse irritativa.

- **Objetivos e benefícios que se esperam obter**

Este exame encontra-se indicado para avaliar a motilidade do esófago, permitindo determinar se existem alterações e de que tipo, o que ajudará na decisão do tratamento adequado.

- **Preparação**

- Pode tomar uma refeição ligeira até sete horas antes do exame;
- A partir desse momento, não poderá ingerir qualquer alimento sólido nem líquido;
- Não pode fumar;
- Não pode tomar qualquer medicação\* nas sete horas antes do exame.

\*Deverá reportar a medicação que está a tomar, no caso de algum fármaco dever ser suspenso previamente a realização do exame.

**Compareça na Rua Sá da Bandeira Nº 752, às \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas.**

## CONSENTIMENTO INFORMADO MANOMETRIA ESOFÁGICA

<b>1. Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:</b>	A manometria esofágica é um exame que permite detetar pressões no esófago e a progressão de bólus alimentar entre a cavidade oral e o estômago. Está indicada no estudo de sintomas como disfagia e dor torácica não cardíaca e na avaliação pré-operatória em doentes com doença de refluxo gastro-esofágico. É necessária previamente à realização de pHmetria, para identificar o correto posicionamento da sonda de pH. O exame consiste na introdução de um cateter por via transnasal até ao esófago distal. Depois, é pedido que ingira vários goles de água. O cateter deteta e transmite as pressões para um computador, sendo os dados posteriormente analisados. O exame tem uma duração média de 30 minutos.
<b>2. Benefícios:</b>	Permite identificar diversos tipos de patologias da motilidade esofágica.
<b>3. Riscos Graves e Riscos Frequentes</b>	A manometria esofágica é um procedimento seguro, de baixo risco e habitualmente indolor. Podem ocorrer dor ao engolir, dor de garganta, congestão e/ou sangramento nasal após a sua realização. A entubação traqueal inadvertida é pouco frequente. Complicações graves como a perfuração esofágica são extremamente raras. Geralmente estas complicações são resolvidas com técnicas endoscópicas ou terapêutica médica conservadora, mas, em último recurso, poderá ser necessário ficar internado ou realizar uma cirurgia de urgência. Como em todos os atos médicos interventivos há um risco de mortalidade embora muito reduzido.
<b>4. Atos / Intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:</b>	De acordo com a indicação, existem exames alternativos, como exames endoscópicos e exames radiológicos com contraste. No entanto, podem não ser tão fiáveis no diagnóstico de alterações da motilidade.
<b>5. Riscos de Não-Tratamento:</b>	A não realização pode impossibilitar ou atrasar o diagnóstico e o tratamento de distúrbios da motilidade.

### ESPAÇO RESERVADO AO PROFISSIONAL DE SAUDE EXECUTANTE:

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondo 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, assim como informei que a qualquer momento pode retirar o consentimento.

Nome Legível:		
Data:	Hora:	N.º Cédula Profissional:
Contacto Institucional: 222076370	Assinatura:	

### ESPAÇO RESERVADO AO UTENTE/REPRESENTANTE LEGAL

Por favor leia com atenção todo o conteúdo deste documento e folheto informativo anexo que lhe for entregue. 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 em duplicado.

☐ Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pelo profissional 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.

☐ Declaro ter compreendido que no dia do exame devo fazer-me acompanhar desta declaração devidamente assinada e que, se após o exame sentir algo de anormal (dores intensas, perda de sangue, febre, vômitos, distensão abdominal ou dificuldade respiratória) devo entrar em contacto com a instituição; se esta não estiver em horário de atendimento devo dirigir-me ao Serviço de Urgência mais próximo.

☐ **AUTORIZO** ☐ **NÃO AUTORIZO**, o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas

☐ **AUTORIZO** ☐ **NÃO AUTORIZO** que naqueles procedimentos participem e assistam outros profissionais de saúde, nomeadamente em período formativo, estes sob tutela do profissional acima identificado.

☐ **AUTORIZO** ☐ **NÃO AUTORIZO** o registo fotográfico ou filmado e sua utilização, assim como de outra documentação, para fins científicos ou de ensino, desde que seja salvaguardado o anonimato.

Data:	Assinatura(s) : _____
Se o menor tiver discernimento, deve também assinar	

**SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE** (se o menor tiver discernimento e 16 ou mais anos, deve assinar em cima)

☐ **Representante legal:** ☐ **Pessoa de relação próxima com o (a) Utente** (registar no processo se mais do que uma pessoa)

☐ Pai/Mãe ☐ Filho/Filha ☐ Cônjuge ☐ Tutor ☐ Outro (especificar)

☐ Cartão Cidadão/BI ☐ Passaporte ☐ Carta de condução N.º \_\_\_\_\_ Data Emissão ou validade: \_\_\_\_\_  
Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_