

# Formulário do Exame de Colonoscopia (Endoscopia do Intestino Grosso) /大腸内視鏡検査の問診票

Dia do exame/検査日 : Horário do exame/検査時間 :  
Nome do(a) paciente/患者氏名 : Sr.(a) /様

○Para que se realize o exame de endoscopia digestiva baixa (colonoscopia) com segurança, favor responder com um círculo ○, as perguntas abaixo.

/下部消化管内視鏡検査（大腸カメラ）を安全に受けていただくために以下の質問に○をつけてください。

## I . Já realizou alguma vez o exame de endoscopia digestiva baixa (colonoscopia)?

/下部消化管内視鏡（大腸カメラ）検査を受けたことがありますか？

- Sim/はい
- Não/いいえ

(Quem respondeu “Sim”, favor assinalar com um círculo ○ em uma das respostas.

/はいの方は、いずれかに○をつけてください。

Neste hospital/当院・outro hospital/他院)

## II . Foi diagnosticado alguma vez com alguma das doenças abaixo relacionadas ou, está fazendo tratamento de alguma doença?

/これまでに以下の病気を言われたり、現在治療をされていますか？

### 1. Glaucoma/緑内障

- Não/いいえ
- Sim/はい

### 2. Diabetes mellitus/糖尿病

- Não/いいえ
- Sim/はい

### 3. Arritmia/不整脈

- Não/いいえ
- Sim/はい

### 4. Doença cardíaca/心臓病

- Não/いいえ
- Sim/はい

### 5. Asma/喘息

- Não/いいえ
- Sim/はい

### 6. Hipertrofia da próstata/前立腺肥大 (apenas os homens/男性のみ)

- Não/いいえ
- Sim/はい

III . Está tomando medicamento que dificulta a hemorragia (estancar um sangramento)/血を止まりにくくなる薬を飲んでいる

- Não/いいえ
- Sim/はい

IV . Tem dificuldade para estancar um sangramento/血が止まりにくい

- Não/いいえ
- Sim/はい

□. Tem alergia/アレルギーがありますか？

- Não/いいえ
- Sim/はい

Quem respondeu “Sim”/はいの方へ :

É alérgico a quê?

/アレルギーの原因物質はなんですか? ( )

**VI. Já passou mal por ter tomado anestesia (em dentistas, entre outros) ?**

/麻酔（歯医者など）を受けて気分が悪くなったことがありますか？

Não/いいえ

Sim/はい

**VII. Já teve alguma doença grave • fez alguma cirurgia, entre outras?**

/その他大きな病気・手術などをしたことがありますか？

Não/いいえ

Sim/はい

Quem respondeu “Sim”, qual a doença • cirurgia? Favor escrever o nome correspondente

/その病気・手術はなんですか？ご記入ください ( )

Para o funcionário do hospital checar (não é necessário você próprio responder as 6 perguntas abaixo)

/医療者用チェックリスト（ここより以下6項目はご自身が答える必要はありません）

**I. Tem constipação intestinal com frequência?/常習的な便秘があるか？**

Não/いいえ

Sim/はい

**II. Tem obstrução intestinal ou tem esta suspeita?/腸閉塞または、その疑いはあるか？**

Não/いいえ

Sim/はい

**III. Tem dificuldade de deglutir ou aspirar com frequência?/嚥下障害または、誤嚥があるか？**

Não/いいえ

Sim/はい

**IV. Tem necessidade de cuidados especiais para ingestão de líquidos devido à sua idade avançada?**

/高齢のため飲用方法に配慮が必要か？

Não/いいえ

Sim/はい

**V. Faz uso de insulina ou de medicamentos orais para diabetes mellitus?**

/インスリンあるいは、経口糖尿病薬を用いているか？

Não/いいえ

Sim/はい

**VI. Local de ingestão do NIFLEC (laxante)/ニフレック服用場所**

Casa/自宅

Ambulatório/外来

Internação/入院

○**Sobre complicações/偶発症について**

Quanto mais detalhado é o exame, maior é a frequência de complicações. Segundo a investigação da Associação Japonesa de Endoscopia Digestiva, a maioria das complicações acidentais por manipulação do endoscópio é a hemorragia ou perfuração intestinal e a sua frequência é de 0,04%, e a taxa de mortalidade é de 0,00081%. Caso aconteça alguma complicação acidental, faremos a melhor intervenção possível, incluindo a intervenção cirúrgica.

/精密な検査ほど、偶発症の頻度が増加します。この検査では、内視鏡操作によって起こる出血や穿孔（腸に穴が開く）などが主な偶発症です、日本消化器内視鏡学会が調査した集計によるとその頻度は0.04%、死亡率は0.00081%でした。万一偶発症が発生したときは、外科的処置を含めた最善の処置を致します。

# Consentimento do Exame de Colonoscopia (Endoscopia do Intestino Grosso)/大腸内視鏡検査の同意書

Realizamos suficiente explicação sobre a necessidade da endoscopia digestiva baixa e as complicações acidentais conforme a folha à parte “Sobre o explicativo do exame de endoscopia digestiva baixa (Exame de fibroscopia do intestino grosso) e Tratamento por via endoscópica” para o(a) Sr.(a) .

/下部消化管内視鏡の必要性と偶発症について、別紙、「下部消化管内視鏡検査（大腸ファイバースコープ検査）と内視鏡的治療についての説明書」により

患者（ ）様に充分説明いたしました。

Médico supervisor/主治医 (Médico responsável/担当医師)

Pessoa que esteve presente no momento da explicação/同席者

Data da explicação do exame/検査説明日      Ano/年      Mês/月      Dia/日

Hospital/病院      Sr. Diretor do hospital/院長      /殿

Eu recebi suficiente explicação sobre a necessidade da endoscopia digestiva baixa e complicações acidentais conforme a folha à parte “Sobre o explicativo do exame de endoscopia digestiva baixa (Exame de fibroscopia do intestino grosso) e Tratamento por via endoscópica” pelo médico supervisor e médico responsável, e por estar convencido, concordo em realizar a endoscopia digestiva baixa.

/主治医および担当医から、別紙、「下部消化管内視鏡検査（大腸ファイバースコープ検査）と内視鏡的治療についての説明書」により、下部消化管内視鏡検査の必要性と、偶発症について十分な説明を受け、納得しましたので下部消化管内視鏡を受けることに同意します。

※Mesmo que concorde, poderá revogar a qualquer momento. /同意された場合でも、いつでも撤回することができます

Assinatura do(a) paciente/患者様署名 (Assinatura própria/自署) :

Responsável ou representante/保護者又は代理人 :

(Relação com o(a) paciente/続柄 )

Data da assinatura/署名日      Ano/年      Mês/月      Dia/日

Observação/注) Favor o responsável ou o representante assinar, em caso do(a) próprio(a) paciente não puder assinar ou ser menor de idade.

/保護者又は代理人署名は、本人が署名できない場合、未成年の場合に記入をお願いします。