



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA

POP SEDT **014** PREPARO DO PACIENTE PARA O PROCEDIMENTO  
DE ENTEROSCOPIA ANTERÓGRADA OU RETRÓGRADA



POP SEDT **014** - PÁG.: **1/4** EMISSÃO: **14/08/2015** REVISÃO Nº **03** : **21/05/2020**

### 1. OBJETIVO:

Realizar corretamente o preparo do paciente conforme necessidade do procedimento de enteroscopia.

**2. ABRANGÊNCIA:** Equipe Médica, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

### 3. MATERIAL E RECURSOS NECESSÁRIOS:

3.1. Equipamento de proteção individual (EPIs): Gorro, roupa privativa do setor, luvas de procedimento, óculos de proteção.

3.2. Outros materiais e medicamentos: Bandeja, Soro fisiológico de 250 ml;

- Kit do exame: 01 seringa de 05ml, 01 agulha 40x12, 01 agulha 30x7, 01 cateter de oxigênio, 01 dispositivo de punção venosa abocath nº22, 01 dispositivo de punção venosa abocath nº24, 01 ampola de soro fisiológico 0,9% - 10ml, 01 ampola de Buscopam Simples e 01 frasco de Simeticona gotas;

### 4. PROCEDIMENTOS

4.1. Chamar o paciente na sala de espera junto com o acompanhante conforme ordem de chegada;

4.2. Checar a realização do preparo;

4.3. Pedir para o acompanhante aguardar na sala;

4.4. Ajudar/encaminhar o paciente até a sala de preparo;

4.5. Orientar para que tire prótese dentária e adornos (entregar para o acompanhante);

4.6. Pedir para o paciente colocar a roupa do hospital (2 camisolas e 1 calça);

4.7. Orientar o paciente sobre o procedimento;

4.8. Acomodar o paciente na maca;

4.9. Realizar a higienização das mãos com água e sabão (mínimo 30 segundos) ou álcool gel (mínimo 15 segundos);



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA

POP SEDT **014** PREPARO DO PACIENTE PARA O PROCEDIMENTO  
DE ENTEROSCOPIA ANTERÓGRADA OU RETRÓGRADA



POP SEDT **014** - PÁG.: **2/4** EMISSÃO: **14/08/2015** REVISÃO Nº **03** : **21/05/2020**

- 4.10. Colocar luvas de procedimento e óculos de proteção;
- 4.11. Realizar punção venosa conforme padronização em “POP GE 009”;
- 4.12. Orientar sobre a punção, que é um preparo necessário para o exame e que a medicação (sedação) só será administrada na sala de exame no momento de procedimento;
- 4.13. Colher os exames de sangue necessários caso seja solicitado previamente pela equipe médica, no ato da punção;
- 4.14. Retirar os EPIs;
- 4.15. Realizar a higienização das mãos com água e sabão (mínimo 30 segundos) ou álcool gel (mínimo 15 segundos);
- 4.16. Identificar o pacote do Kit com a etiqueta do paciente para poder dar baixa no conteúdo usado;
- 4.17. Dar continuidade no preenchimento do Processo de Enfermagem pertinente ao pré exame;
- 4.18. Orientar o paciente para que aguarde a chamada do técnico de enfermagem para a realização do exame.

### 5. CONTINGÊNCIA:

Caso o Sistema Informatizado estiver fora do ar, registrar manualmente o Processo de Enfermagem ao Cliente.

### 6. OBSERVAÇÕES

- 6.1. Existem 2 modalidades de exame de enteroscopia padronizadas no SEDT: Via Anterógrada e Via Retrógrada.
- 6.2. Aos exames previamente agendados para Via Anterógrada, respeitar jejum de 8 horas.
- 6.3. Aos exames previamente agendados para Via Retrógrada, respeitar jejum de 8 horas e preparo de cólon padronizado para exames de coloscopia.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA

POP SEDT **014** PREPARO DO PACIENTE PARA O PROCEDIMENTO  
DE ENTEROSCOPIA ANTERÓGRADA OU RETRÓGRADA



POP SEDT **014** - PÁG.: **3/4** EMISSÃO: **14/08/2015** REVISÃO Nº **03** : **21/05/2020**

6.4. Os óculos de segurança devem ser lavados com água e sabão neutro e secado com papel macio e, apenas em casos de procedimentos de assistência com pacientes de isolamento e/ou projeção de secreções e líquidos biológicos, após a secagem, deve ser utilizado álcool 70°, (até que seja liberada a utilização de quaternário de amônia). Em ambos os casos, após a lavagem, evitar friccionar o papel para secagem nas lentes, de maneira a prevenir riscos.

6.5. Retirar os óculos de segurança, **SOMENTE**, ao término de todo procedimento, inclusive descarte e lavagem de materiais utilizados, devendo este ser higienizado separadamente.

### 7. AUTORES E REVISORES

7.1. Autores / Colaboradores – Tatiane Santa Rosa Diniz, Fernanda Cristina Basques, Daniela Sorrini da Silva, Prof. Dra Maria Justina D.B. Felipe, Nilza Martins Ravazoli Brito

7.2. Revisores – Tatiane Santa Rosa Diniz e Fernanda Cristina Basques.

### 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Felipe MJDB, Novelli SAP, Sato, AL. Manual de Normas e Rotinas da Unidade de Endoscopia. Hospital Estadual Bauru. 2004. 46 p.

-. SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas. 5 ed. São Paulo: SOBECC, 2009.

-. Oliveira JCB, Cecílio AS, Vivan CE, Golveia DA, Franco EAT. POP GE 004 – PREPARO DE MEDICAÇÃO ENDOVENOSA ACONDICIONADA EM AMPOLAS. Gerência de Enfermagem do HCFMB. R003, nov. 2015, 1 – 2 p.

- Silvestrin A, Pavanati KCA. Procedimento Operacional Padrão (POP) Centro Endoscópico: Exame de Endoscopia. Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Tiago. 2015, R01. 3p.

- BRASIL Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). Portaria GM nº 485, de 11 de novembro de 2005.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA

POP SEDT **014** PREPARO DO PACIENTE PARA O PROCEDIMENTO  
DE ENTEROSCOPIA ANTERÓGRADA OU RETRÓGRADA



POP SEDT **014** - PÁG.: **4/4** EMISSÃO: **14/08/2015** REVISÃO Nº **03** : **21/05/2020**

### 9. TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE DOCUMENTO ELETRÔNICO

|                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                     | HOSPITAL DAS CLÍNICAS<br>FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU<br>NÚCLEO DE GESTÃO DA QUALIDADE<br>Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n CEP 18618-687 - Botucatu - São Paulo -<br>Brasil Tel. (14) 3811-6210 / (14) 3811-6215 - E-mail: <a href="mailto:qualidade@hc-fmb.unesp.br">qualidade@hc-fmb.unesp.br</a> |  |
| <b>TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE DOCUMENTO ELETRÔNICO</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO: POP SEDT 014</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                            |
| <b>1.1. Título: PREPARO DO PACIENTE PARA O PROCEDIMENTO DE ENTEROSCOPIA ANTERÓGRADA OU RETRÓGRADA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                            |
| <b>1.2. Elaboradores:</b> Tatiane Santa Rosa Diniz, Fernanda Cristina Basques, Daniela Sorrini da Silva, Prof. Dra Maria Justina D.B. Felipe, Nilza Martins Ravazoli Brito.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                            |
| <b>1.3. Revisores:</b> Tatiane Santa Rosa Diniz e Fernanda Cristina Basques                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                            |
| <b>1.4. Responsável pela Autorização:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                            |
| <b>Nome:</b><br><i>Tatiane Santa Rosa Diniz</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Telefone:</b><br><i>(14) 336360784</i>                                  |
| <b>CPF:</b><br><i>30184156807</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>e-mail:</b><br><i>tatyariacosta@yahoo.com.br</i>                        |
| <b>Departamento/Serviço:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                            |
| <b>2. IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO: FORMATO: PDF</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                            |
| <b>Data da Elaboração:</b> <u>14/08/2015</u> <b>Total de páginas:</b> <u>03</u> <b>Data da Revisão:</b> <u>21/05/2020</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                            |
| <b>Número da Revisão:</b> <u>03</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                            |
| <b>3. DECLARAÇÃO DO ELABORADOR/REVISOR RESPONSÁVEL:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                            |
| Considerando-se a autoria da elaboração / revisão do documento: <b>POP SEDT 014 – PREPARO DO PACIENTE PARA O PROCEDIMENTO DE ENTEROSCOPIA ANTERÓGRADA OU RETRÓGRADA</b> , cujos direitos da publicação supracitada, deve ser respeitada, autorizo o Núcleo de Gestão da Qualidade a disponibilizá-lo em meio eletrônico, no Serviço de Informação Hospitalar. Autorizo também sua divulgação na rede interna – intranet, no formato especificado, para fins de consulta por todos os funcionários do <b>CA HCFMB</b> . |                                                                            |
| <b>Data:</b> <u>24/11/20</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Assinatura:</b><br><i>Tatiane Santa Rosa Diniz</i>                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Carimbo:</b> Tatiane Santa Rosa Diniz<br>Enfermeira<br>CCR/CCP - 285412 |