ORIENTAÇÕES APÓS O EXAME DE BRONCOSCOPIA

NOME DO PACIENTE:_____

DATA DO EXAME: / /

Realizado biópsia transbrônquica: ( ) sim, no pulmão_____ ( ) não
Realizado biópsia endobrônquica: ( ) sim ( ) não
Realizado biópsia da laringe/traquéia: ( ) sim ( ) não
Colhido lavado broncoalveolar: ( ) sim ( ) não

1- O paciente poderá apresentar tosse imediatamente após o exame e durante todo o dia. Caso a tosse venha acompanhada de falta de ar persistente ou chiado no peito, deverá procurar pronto-socorro para avaliação médica.

2- O exame é realizado com o uso de medicamentos para promover **anestesia local** e **sedação**. Esses medicamentos podem ocasionar tontura, vômitos, mal-estar, sudorese, sonolência e anestesia da garganta.

3- Se o exame foi realizado com coleta de **lavado broncoalveolar** (apiração de secreção pulmonar para análise), o paciente poderá apresentar **febre** nas primeiras 24 horas após o exame. Isso não significa infecção no pulmão. Deve-se tomar o antitérmico de costume para baixar a febre. Se a febre persistir mais que 24 horas, procurar pronto-socorro para avaliação médica.

4- Se o exame foi realizado com **biópsia transbrônquica** (coleta de fragmentos do pulmão) o paciente poderá apresentar dor no peito (no lado do pulmão em que foi realizada a biópsia), falta de ar e sensação de desconforto. Esses sintomas podem significar que houve vazamento de ar no momento da biópsia, chamado **pneumotórax**. Caso o paciente apresente tais sintomas, deverá procurar pronto-socorro imediatamente.

5- Se o exame foi realizado com biópsia, você poderá ter **Tosse com resto de sangue em pequena quantidade** por 2 ou 3 dias, que vai clareando com o passar dos dias. Se o sangramento aumentar ou ocorrer em grande quantidade deverá procurar pronto-socorro imediatamente

6- O paciente deverá ser mantido em **observação de um acompanhante, em repouso,** durante todo o dia. **Não poderá dirigir veículos** ou exercer quaisquer outras atividades que exijam concentração.

7- Em caso de urgência procurar o Serviço de Emergência do Instituto do Coração ou procurar o Serviço de saúde mais próximo ou de sua preferência.

Assinatura do acompanhante responsável_____

Assinatura do médico: _____

Data:_____ hora: _____