

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

PROCEDIMENTOS COM ANESTESIA COLANGIOPANCREATOGRRAFIA ENDOSCÓPICA (CPER) COM BIÓPSIA, PAPILOTOMIA, RETIRADA DE CÁLCULOS, DESOBSTRUÇÃO DE VIAS BILIOPANCREÁTICAS E COLOCAÇÃO DE PRÓTESES

Nome do(a) Paciente: _____

Nome do(a) Acompanhante / Responsável Legal: _____

Local: _____

1. Recebi informações da equipe médica do _____ sobre o procedimento chamado Colangiopancreatografia Endoscópica. Compreendi que serei submetido(a) a um procedimento, de acordo com a indicação de meu médico assistente, que envolve a passagem de um aparelho através da boca para avaliação do duodeno e das vias biliares e pancreáticas, e se necessário, realizar biópsia, polipectomia, papilotomia, retirada de cálculos e colocação de próteses.
2. Fui informado(a) de que a biópsia consiste na retirada de pequenos fragmentos da mucosa do esôfago, estômago ou duodeno para exame, enquanto a polipectomia é a retirada de pequenos tumores parecidos com verrugas. A papilotomia consiste em realizar um corte na papila com sondas e instrumentos ligados a um bisturi elétrico, com o objetivo de retirar cálculos ou desobstruir as vias biliares e pancreáticas. Pode ser necessária a introdução de próteses (sondas especiais) para manter as vias biliares livres para a passagem de bile ou de suco pancreático.
3. Recebi instruções para não fumar e evitar uso de medicamentos durante o período de jejum. O exame poderá ainda ser incompleto se houver alguma obstrução ou muita dificuldade técnica na passagem do aparelho.
4. Sei que serei submetido(a) à anestesia geral e que muito raramente podem acontecer complicações relacionadas à anestesia geral como alergias ou ainda problemas cardio-respiratórios relacionadas aos medicamentos usados. Portanto, informei ao médico examinador se sou alérgico(a) a medicamentos, e se utilizo anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, anti-inflamatórios ou outros remédios e informei sobre doenças que possuo que possam interferir no exame.
5. Atenção: Estou ciente de que o exame necessita de Raios-X para obter imagens, e avisei ao médico assistente sobre estado gestacional (as pacientes grávidas não podem receber radiação).
6. Durante o exame e algumas horas após, sei ainda que existem riscos de complicações graves como colangite, pancreatite, sangramento ou perfuração de esôfago, estômago, duodeno e de vias biliares e pancreáticas, riscos estes muito raros, mas possíveis. Estou ciente de que a equipe médica está preparada para tratar adequadamente estas complicações se elas acontecerem, e que serei examinado(a) em ambiente hospitalar, para maior segurança.
7. Sei que após o exame poderei sentir náuseas, vômitos, cólicas e estufamento causado por gases intestinais, sintomas que deverão melhorar espontaneamente, e que poderei fazer contato com a equipe médica se houver dor intensa ou se tiver outros sintomas que necessitem atendimento médico.
10. Compreendi que somente serei liberado(a) pela equipe médica quando estiver em boas condições clínicas.

Fui ainda alertado(a) para a possibilidade de não lembrar parcial ou totalmente do que ocorreu após a anestesia, devendo portanto evitar telefonemas, conversas e decisões importantes durante o período de recuperação.

11. Sei que, apesar destes riscos, este procedimento representa a melhor opção para o meu diagnóstico e/ou tratamento, e que a equipe médica estará se empenhando em tornar o procedimento o mais seguro e confortável para mim.

12. Sei ainda que posso me recusar a ser submetido(a) ao exame, cancelando este termo de consentimento informado antes do procedimento ser realizado.

13. Declaro que li e compreendi o conteúdo deste documento e autorizei a equipe médica da _____ a realizar o procedimento acima mencionado. Estou também ciente dos riscos da anestesia e concordo com os procedimentos. Esta orientação se aplica ao acompanhante ou responsável legal quando o(a) paciente estiver incapaz de compreender o texto (caso de crianças, idosos, ou situações incapacitantes).

Assinatura - Paciente

Assinatura - Acompanhante/Responsável Legal

Assinatura - Médico Examinador