

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETROGRADA ENDOSCÓPICA-CPRE

Estimado cliente,

O exame de Colangiografia Endoscópica Retrograda (CPRE) consiste em introduzir através da boca um aparelho que mostrará internamente os órgãos em estudo, esclarecendo dúvidas. Ele se realiza com anestesia geral, porém, serão injetadas medicações venosas para reduzir o incômodo e tranquilizar, sendo injetados ainda contrastes iodados para visualização adequada. Portanto, se você é alérgico a algum medicamento, deve comunicar ao seu médico antes do exame. Algumas vezes, durante a CPRE são encontradas alterações (como cálculos por exemplos, entre outros) que podem ser tratados durante o exame. Para tanto são empregados equipamentos adequados ao caso e bisturi elétrico, evitando com uma operação maior e/ou complicações decorrentes de sua permanência no organismo (inclusive infecções ou pancreatite que podem por em risco a sua vida).

A CPRE é igual a qualquer outro tratamento médico realizado sobre um órgão interno, portanto com riscos de complicações (perfuração, hemorragia, colangite, pancreatite, entre outros) e de insucesso, podendo, em alguns casos, ser necessário a intervenção cirúrgica para buscar a resolução do problema. O risco de complicações é bastante baixo, porém existente, que vai desde as mais leves até as mais graves, é de aproximadamente 5%, sempre inferior ao risco de uma intervenção cirúrgica para buscar o mesmo diagnóstico e tratamento. Nosso único intuito é de esclarecê-lo ao máximo. Com a finalidade de detectar estas raras complicações e tratá-las prontamente, recomendamos o repouso relativo domiciliar por 12 horas após o procedimento, procurando o serviço de urgência do hospital prontamente se necessário, nos casos de hemorragia, náuseas e dores intensas.

É óbvio que a decisão final cabe a você, paciente ou responsável pelo mesmo, não se esquecendo de que é um exame de fundamental importância para a condução de seu caso clínico, portanto de grandes benefícios para você. Portanto, pedimos que nos confirme que entendeu as informações prestadas e nos dê autorização para realizar CPRE e procedimentos dela derivados e necessários.

Eu, _____ (nome completo), _____ (nacionalidade),
portadora do RG nº _____ e inscrita no CPF/MF sob nº _____, residente e domiciliada na
, _____ (cidade) / _____ (estado), **ACEITO A REALIZAÇÃO DE UMA
CONLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA E
PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS E DETECTADOS DECORRENTES DELA, PELO
MÉDICO RESPONSÁVEL Dr (a)**

_____, CRM _____.

Cuiabá, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura da Paciente ou Responsável Legal

Assinatura Testemunha

CPF: CPF:

RG:

Assinatura Testemunha

Nome:

Nome:

RG: