

# Termo de Ciência e Consentimento

## CPRE

Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Registro: \_\_\_\_\_ Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Convênio: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_

Por este instrumento, eu, \_\_\_\_\_, declaro que:

### DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte alteração e/ou diagnóstico:

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

#### **COLÂNGIO-PANCREATOGRÁFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA - CPRE**

### O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

Fui informado (a) que a Colângio-Pancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) consiste no estudo radiológico das vias biliares e pancreáticas (canais que drenam a bile do fígado e o pâncreas) obtido com a injeção de contraste através da papila (local onde os ductos biliares e pancreáticos desembocam no duodeno). Um aparelho de endoscopia flexível é introduzido, sob sedação, através da boca, passando pelo esôfago e o estômago, até o duodeno. A CPRE permite o diagnóstico e, muitas vezes, o tratamento de várias doenças que comprometem as vias biliares e pancreáticas.

Compreendi que as principais razões para se realizar uma CPRE são: Suspeita de obstrução das vias biliares, avaliação pré ou pós-operatória de cirurgia da vesícula biliar quando houver suspeita de cálculos no ducto biliar, achados duvidosos em outros exames de imagem, casos selecionados de pancreatite.

Estou ciente que a CPRE pode estar associada às seguintes complicações: pancreatite aguda (5-7%), sangramento (1-2%), colangite - infecção da via biliar (<1%), perfuração do duodeno (<1%), pequenas complicações relacionadas à sedação como baixa transitória da oxigenação e hipotensão (<10%) e complicações maiores relacionadas ao procedimento ou à sedação, como aspiração pulmonar (<0,5%). Entendo que apesar da alta taxa de sucesso do procedimento, complicações mais graves, ainda que incomuns, podem ocorrer e levar a internações prolongadas, transfusões sanguíneas, cirurgias e raramente à morte.

Também fui informado que existem alternativas à CPRE como a colangiografia por ressonância magnética. Entretanto, a CPRE possui a vantagem de permitir a realização de procedimentos terapêuticos (abertura da papila, retirada de cálculos, colocação de pequenos tubos ou próteses) que podem, em muitos casos, melhorar ou resolver o problema que justificou o exame.

## AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

Esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s);

Autorizo a realização de filmagens/fotografias do sítio operatório (preservando a identidade do paciente), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro;

Autorizo a realização de exame anatomopatológico em materiais que sejam removidos durante o procedimento por laboratório de patologia associado ao Hospital Córdio Pulmonar.

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ : \_\_\_\_ (hh:min)

Paciente  Responsável

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

## DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ : \_\_\_\_ (hh:min)

Nome do médico \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_