

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O(A) paciente \_\_\_\_\_, ou seu responsável \_\_\_\_\_, **declara**, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, o Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito no

CRM/PR sob o n.º \_\_\_\_\_ ou outro \_\_\_\_\_ credenciado pelo **Hospital Nossa Senhora do Pilar**, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCÓPICA COM OU SEM PROCEDIMENTOS (PAPILOTOMIA, DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES OU PANCREÁTICAS, COLOCAÇÃO DE PRÓTESES, RETIRADA DE CÁLCULOS BILIARES)** e todos o que incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínico, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9 da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico de **COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCÓPICA COM OU SEM PROCEDIMENTOS (PAPILOTOMIA, DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES OU PANCREÁTICAS, COLOCAÇÃO DE PRÓTESES, RETIRADA DE CÁLCULOS BILIARES)** antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

**DEFINIÇÃO:** é um exame endoscópico destinado ao diagnóstico e/ou tratamento de doenças das vias biliares e pancreáticas.

### **COMPLICAÇÕES:**

1. Pancreatite aguda, que poderá evoluir para peritonite e septicemia.
2. Hemorragias.
3. Dificuldades técnicas e anatômicas, impedindo a realização do exame.
4. Necessidade de intervenção cirúrgica.
5. Sangramentos, principalmente quando se realizam procedimentos cirúrgicos endoscópicos.
6. Irritação da garganta.
7. Perfurações (esôfago, estômago, duodeno).
8. Dor e vômitos.
9. Dificuldade respiratória em função da sedação.
10. Aspiração do conteúdo gástrico para os pulmões.

### **PREPARO PARA REALIZAÇÃO DO EXAME:**

Jejum absoluto de 8 horas da realização do exame (significa que o Sr(a) não pode ingerir nenhum tipo de alimento ou líquido – água, chá, café, etc.). Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente). Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o (a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Ciente de que serei submetido(a) a procedimento médico ambulatorial que exige sedação ou anestesia, confirmo que fui comunicado de que não posso dirigir qualquer tipo de veículo pelo período de 24 horas, e para minha segurança se faz necessário a presença de um acompanhante no momento da alta. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

**Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.**

**Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.**

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Curitiba (PR), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

<b>Deve ser preenchido pelo médico assistente</b>	
<p>Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.</p>	
Nome do médico _____	Assinatura _____ CRM _____

<b>CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS</b>	
Assinatura do(a) paciente _____	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente _____
RG N° _____	RG N° _____
NOME _____	NOME _____

**Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º.** O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

**Código de Ética Médica: Art. 22º** Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer seu autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias.**  
**1º Via de Paciente.**

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O(A) paciente \_\_\_\_\_, ou seu responsável \_\_\_\_\_, **declara**, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao

(à) médico(a) assistente, o Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito no

CRM/PR sob o n.º \_\_\_\_\_ ou outro \_\_\_\_\_ credenciado pelo **Hospital Nossa Senhora do Pilar**, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **COLANGIOPANCREATOGRRAFIA ENDOSCÓPICA COM OU SEM PROCEDIMENTOS (PAPILOTOMIA, DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES OU PANCREÁTICAS, COLOCAÇÃO DE PRÓTESES, RETIRADA DE CÁLCULOS BILIARES)** e todos o que incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínico, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9 da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico de **COLANGIOPANCREATOGRRAFIA ENDOSCÓPICA COM OU SEM PROCEDIMENTOS (PAPILOTOMIA, DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES OU PANCREÁTICAS, COLOCAÇÃO DE PRÓTESES, RETIRADA DE CÁLCULOS BILIARES)** antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

**DEFINIÇÃO:** é um exame endoscópico destinado ao diagnóstico e/ou tratamento de doenças das vias biliares e pancreáticas.

### **COMPLICAÇÕES:**

1. Pancreatite aguda, que poderá evoluir para peritonite e septicemia.
2. Hemorragias.
3. Dificuldades técnicas e anatômicas, impedindo a realização do exame.
4. Necessidade de intervenção cirúrgica.
5. Sangramentos, principalmente quando se realizam procedimentos cirúrgicos endoscópicos.
6. Irritação da garganta.
7. Perfurações (esôfago, estômago, duodeno).
8. Dor e vômitos.
9. Dificuldade respiratória em função da sedação.
10. Aspiração do conteúdo gástrico para os pulmões.

### **PREPARO PARA REALIZAÇÃO DO EXAME:**

Jejum absoluto de 8 horas da realização do exame (significa que o Sr(a) não pode ingerir nenhum tipo de alimento ou líquido – água, chá, café, etc.). Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente). Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o (a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Ciente de que serei submetido(a) a procedimento médico ambulatorial que exige sedação ou anestesia, confirmo que fui comunicado de que não posso dirigir qualquer tipo de veículo pelo período de 24 horas, e para minha segurança se faz necessário a presença de um acompanhante no momento da alta. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

**Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.**

**Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.**



HOSPITAL PILAR

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Curitiba (PR), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Deve ser preenchido pelo médico assistente**

Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

**CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS**

Assinatura do(a) paciente

Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente

RG N°

RG N°

NOME

NOME

**Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º.** O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

**Código de Ética Médica: Art. 22º** Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer seu autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias.  
2º Via de Médico.**

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O(A) paciente \_\_\_\_\_, ou seu responsável \_\_\_\_\_, **declara**, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao

(à) médico(a) assistente, o Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito no

CRM/PR sob o n.º \_\_\_\_\_ ou outro \_\_\_\_\_ credenciado pelo **Hospital Nossa Senhora do Pilar**, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **COLANGIOPANCREATOGRRAFIA ENDOSCÓPICA COM OU SEM PROCEDIMENTOS (PAPILOTOMIA, DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES OU PANCREÁTICAS, COLOCAÇÃO DE PRÓTESES, RETIRADA DE CÁLCULOS BILIARES)** e todos o que incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínico, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9 da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico de **COLANGIOPANCREATOGRRAFIA ENDOSCÓPICA COM OU SEM PROCEDIMENTOS (PAPILOTOMIA, DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES OU PANCREÁTICAS, COLOCAÇÃO DE PRÓTESES, RETIRADA DE CÁLCULOS BILIARES)** antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

**DEFINIÇÃO:** é um exame endoscópico destinado ao diagnóstico e/ou tratamento de doenças das vias biliares e pancreáticas.

### **COMPLICAÇÕES:**

1. Pancreatite aguda, que poderá evoluir para peritonite e septicemia.
2. Hemorragias.
3. Dificuldades técnicas e anatômicas, impedindo a realização do exame.
4. Necessidade de intervenção cirúrgica.
5. Sangramentos, principalmente quando se realizam procedimentos cirúrgicos endoscópicos.
6. Irritação da garganta.
7. Perfurações (esôfago, estômago, duodeno).
8. Dor e vômitos.
9. Dificuldade respiratória em função da sedação.
10. Aspiração do conteúdo gástrico para os pulmões.

### **PREPARO PARA REALIZAÇÃO DO EXAME:**

Jejum absoluto de 8 horas da realização do exame (significa que o Sr(a) não pode ingerir nenhum tipo de alimento ou líquido – água, chá, café, etc.). Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente). Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o (a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Ciente de que serei submetido(a) a procedimento médico ambulatorial que exige sedação ou anestesia, confirmo que fui comunicado de que não posso dirigir qualquer tipo de veículo pelo período de 24 horas, e para minha segurança se faz necessário a presença de um acompanhante no momento da alta. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

**Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.**

**Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.**



Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Curitiba (PR), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Deve ser preenchido pelo médico assistente	
Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.	
Nome do médico _____	Assinatura _____ CRM _____

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS	
Assinatura do(a) paciente _____	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente _____
RG N° _____	RG N° _____
NOME _____	NOME _____

**Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º.** O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

**Código de Ética Médica: Art. 22º** Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias.  
3º Via de Hospital.**