



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA EXAMES E PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS: **colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE)**

O (A) paciente (ou seu responsável) \_\_\_\_\_, declara, para todos os fins legais, que dá plena autorização para realizar o seguinte procedimento: **colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE)** e todos os outros nele incluídos, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínicas, podendo o profissional responsável valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde.

A Endoscopia das vias biliares e pancreáticas, conhecida como **colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE)** é importante para a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças que acometem este segmento do aparelho digestório. No entanto, como acontece com a maioria dos procedimentos médicos, é sujeita a riscos, que variam conforme o estado de saúde do paciente. Dentre estes riscos, incluem-se algum desconforto para a punção da veia antes do exame, cólicas e distensão abdominal após o exame. Existe um pequeno risco de complicações mais sérias, como dor leve e, mais raramente, moderada e intensa após o exame, que pode também estar relacionada a inflamação do pâncreas (pancreatite aguda) devido às estruturas anatômicas envolvidas neste procedimento. Também, mais raramente ainda, é possível ocorrer sangramento e, até mesmo, perfuração do segmento examinado, principalmente se houver lesões ou pedras para serem retiradas, áreas a serem dilatadas ou transpostas com o exame. Não serão corridos riscos desnecessários, a menos que sejam imprescindíveis para o paciente. Serão tomados todos os cuidados para minimizar estas probabilidades, como ocorre em qualquer cirurgia ou procedimento médico. Não será corrido nenhum risco adicional, a menos que seja absolutamente imprescindível para o bem estar e a melhora do paciente. O Hospital dispõe de equipamentos adequados e pessoal habilitado para evitar tais complicações, mas também para tomar as medidas necessárias, no caso de ocorrerem.

- Se houver dúvidas, entre em contacto com o seu médico assistente, com o grupo de enfermagem que lhe atende ou com a equipe de endoscopia do Hospital. Os exames endoscópicos são procedimentos delicados, que pode ser rápidos ou demorar um pouco além do previsto. Podem ocorrer atrasos para iniciar seu exame em função de atrasos em exames anteriores ao seu, que necessitem mais atenção e dedicação do que a prevista pela equipe médica, devido a achados inesperados de doenças que precisam ser tratados naquela ocasião. Isso pode ocorrer com qualquer procedimento agendado do dia - inclusive o seu - e, geralmente, não há como prever. Tenha a certeza que a equipe de atendimento dará toda a atenção e dedicação necessárias para o seu procedimento, mesmo que ocupe um tempo maior do que a média esperada. O mais importante é que o seu procedimento, bem como todos os outros agendados, seja eficaz, seguro e resolutivo, independentemente do tempo que dispender. Venha com calma, segurança e peça para o seu acompanhante também ler este termo, para que tome ciência da importância da participação dele nesse procedimento!

- Se não estiver se sentindo bem após terminar o preparo para o exame, o sr(a). deverá informar a equipe médica ou de enfermagem que lhe assiste, que ser-lhe-ão dadas as orientações necessárias.
- O jejum respeitado no tempo solicitado é de fundamental importância para que o(a) sr.(a) seja submetido, com segurança, à sedação necessária para garantir seu conforto durante o exame. Caso o jejum não seja respeitado, há risco de broncoaspiração durante o exame, ou seja: o líquido do estômago, que é ácido e com contaminação natural para o estômago, é aspirado para o seu pulmão, que não tolera nem a acidez e nem a contaminação presentes, podendo causar pneumonia grave e até morte. Portanto, se o(a) sr(a). tiver tido alguma dificuldade com o tempo de jejum solicitado, avise o médico anesthesiologista ou a equipe de enfermagem que irá lhe atender antes e durante o seu exame endoscópico.
- O sr(a). será submetido a sedação ou anestesia endovenosa para fazer o exame, com drogas seguras e de boa qualidade, garantindo e aumentando o seu conforto e segurança. A sedação poderá ser leve ou profunda, na dependência da necessidade de seu procedimento e da sua reação aos medicamentos necessários para tal. Haverá sempre um médico responsável pela sua sedação para assisti-lo. Pacientes mais graves ou inconscientes poderão necessitar serem submetidos a anestesia geral, passando um tubo pela garganta que será conectado a um respirador para garantir a sua segurança. Isso será informado ao responsável legal caso seja necessário e possa ser previsto com antecedência.
- O paciente que estiver consciente e deambulando após o procedimento endoscópico **NÃO DEVERÁ** operar máquinas, **DIRIGIR**, utilizar objetos cortantes ou exercer tarefas que exijam atenção máxima nas 24 horas após terminado o exame sob sedação ou anestesia endovenosa.
- Não é preciso passar fome antes do exame, especialmente os pacientes que sofrem de **diabetes!** Estes devem alimentar-se bem, várias vezes ao dia, conforme prescrição médica, estritamente dentro das indicações orientadas por escrito para o seu preparo, mesmo que se tratem de líquidos, evitando-se a hipoglicemia. Deve-se, no entanto, respeitar rigorosamente o período indicado de jejum absoluto.
- As **medicações habituais** devem ser mantidas regularmente, segundo a orientação do seu médico e do médico anesthesiologista, por ocasião da consulta pré-anestésica, quando realizada. No entanto deve-se sempre informar o médico anesthesiologista, na consulta pré-anestésica ou o anesthesiologista e o enfermeiro que irão lhe atender antes ou durante o seu procedimento endoscópico a respeito delas. Aproveite e anote (ou peça para alguém fazê-lo) quais são estes remédios, desde quando os usa aproximadamente e a dose habitual ao final deste termo, trazendo-o consigo no dia do exame.
- Não devem ser usados medicamentos contendo **ácido acetil-salicílico** (AAS, Aspirina, Melhoral, Fontol, Bufferin, Somalgin, Cibalena, Sonrisal, Engov, Doril, etc) ou outros que diminuam a coagulação sanguínea, como clopidogrel, anticoagulantes (marcoumar, Xarelto, etc) nos 10 (dez) dias que antecedem o exame, salvo se a necessidade do exame for urgente. Nesse caso, sempre informe o enfermeiro ou o médico que irá atendê-lo para que sejam tomados os cuidados necessários. Esses medicamentos podem atrapalhar a coagulação do sangue e, caso haja necessidade de alguma intervenção cirúrgica pela endoscopia, deverá ser previsto o risco de fazê-la ou adiá-la para quando for mais seguro.
- Como medida de segurança, **NÃO SERÃO PERMITIDOS ADORNOS:** relógios, jóias, bijouterias, incluindo brincos, *piercings* OU QUALQUER OUTRO, no momento do exame! Os metais atrapalham procedimentos que utilizam energia elétrica, como bisturis elétricos e desfibriladores. Outros materiais também podem prejudicar as medidas habituais tomadas para a sua segurança durante os procedimentos médicos. Deixe-os em casa ou com seu acompanhante. Isso é indispensável para a sua segurança como paciente e evita dissabores com extravios involuntários que possam ocorrer, além de ser regra sanitária regulamentada em portaria específica. **O HOSPITAL PILAR E A CLÍNICA LUCANO NÃO RESPONSABILIZAR-**

**SE-ÃO POR DANOS OU PERDAS DE PERTENCES DE PACIENTES E ACOMPANHANTES QUE NÃO ESTEJAM DIRETAMENTE RELACIONADOS À EXECUÇÃO DOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS EM SUAS DEPENDÊNCIAS.**

- **Não use esmalte ou base transparente nas unhas.** Atrapalham o funcionamento dos aparelhos para obtenção dos sinais vitais durante o ato cirúrgico e haverá necessidade de remover o produto.
- **Não use baton de qualquer espécie ao vir para o exame!**
- Poderá haver sensação de excesso de gases e um pouco de distensão no abdome após o exame. Elimine os gases à medida que tiver vontade. Habitualmente não são mal-cheirosos. A liberação dos gases será facilitada quando o(a) sr.(a) começar a caminhar.
- O(a) sr.(a) sairá do Hospital consciente e com as orientações necessárias para a sua residência, caso receba alta no mesmo dia. No entanto, alguns pacientes têm um pouco de sonolência após o procedimento, de acordo com a sensibilidade pessoal às drogas que receba. Portanto, **O EXAME NÃO SERÁ REALIZADO CASO O PACIENTE NÃO TENHA ACOMPANHANTE PARA IR EMBORA no caso de alta hospitalar!**
- Lembre-se de anotar, ao final deste termo ou no verso da página, quais são os medicamentos que usa habitualmente.
- Se fizer o preparo de forma adequada, o sr.(a) **não irá passar fome!** Os líquidos sugeridos nas orientações de preparo provêm quantidade suficiente de energia para este período.
- Caso o(a) sr.(a) apresentar desconforto no dia ou dias subseqüentes ao exame, e não estiver mais internado no Hospital, como dor abdominal, distensão abdominal, náuseas, vômitos persistentes ou febre, deverá entrar em contacto com o Hospital Pilar ou dirigir-se ao **pronto atendimento** na rua Desembargador Hugo Simas, 322, telefone: (41) 3072-7272, ou entrar em contacto com seu médico assistente, que o encaminhou para o exame.

**DESPESAS ADICIONAIS: ATENÇÃO!**

Durante seu exame podem ser observadas lesões como pólipos, tumores, cistos, úlceras, que necessitam ser submetidas a biópsias ou retiradas pela própria endoscopia. Pode haver lesões que precisem procedimentos especiais para tratar hemorragias ou estreitamentos. Esses procedimentos requerem uso de material específico. Tais decisões, quando necessárias, serão tomadas pelo médico endoscopista durante a realização do seu exame, visando sua segurança e seu tratamento adequado. Caso ocorra durante o seu procedimento agendado, certamente gerará custos adicionais referentes aos honorários médicos e aos materiais e medicamentos utilizados, que envolvem, inclusive, alguns materiais descartáveis. Se o seu seguro médico ou convênio atender a esse tipo de tratamento, serão emitidas guias para ressarcir tais custos. As guias, devidamente liberadas, deverão ser entregues no Hospital, no máximo em cinco dias após o procedimento. Caso o senhor(a) não possua convênio ou não haja cobertura para tais custos, estes serão cobrados diretamente do paciente ou de seu responsável na data do exame. Se houver qualquer restrição quanto a este aspecto, por favor, informe o médico endoscopista antes de iniciar o exame e a sedação!

**QUESTIONÁRIO: PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO!**

Por favor, responda as perguntas a seguir, para garantir sua segurança! Caso o paciente seja menor ou incapaz, solicitamos ao responsável que o preencha, informando, inclusive, se desconhecer a resposta.

1. Já realizou algum exame de endoscopia de qualquer parte do tubo digestório? Qual(is)?
2. Por que este exame atual foi solicitado este exame pelo seu médico assistente?
3. Possui alguma reação alérgica A REMÉDIOS OU OUTRAS SUBSTÂNCIAS?

( ) NÃO ( ) SIM Qual(is)? \_\_\_\_\_

4. Toma remédio para o estômago? Qual(is)?
5. Toma remédios para diminuir a coagulação do sangue (afinar o sangue)? Qual(is)?
6. Toma remédio para diabetes? Qual(is)?
7. Toma remédio para pressão alta ? Qual(is)?
8. Possui algum problema no coração? Qual(is)?
9. Possui algum problema respiratório? Qual(is)?
10. Já teve desmaios ou epilepsia?
11. Já foi submetido a alguma cirurgia? Qual(is) e quando?
12. Favor informar alguma doença ou medicação não mencionada acima:

Declaro que li e entendi claramente todas as informações a mim prestadas e as contidas neste folheto - inclusive os termos médicos- e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas. Sinto-me devidamente informado(a) a respeito dos procedimentos aos quais serei submetido, seus desconfortos e riscos e os eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Entendi e concordo voluntariamente com o que é necessário que eu faça para que a **COLANGIOPANCRETOGRAFIA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA (CPRE) E SEUS PROCEDIMENTOS ASSOCIADOS NECESSÁRIOS** tenha o resultado pretendido.

Também entendi que novos riscos podem existir ou aparecerem no futuro e que não foram necessariamente informados neste documento por serem imprevisíveis e que pode ocorrer reações alérgicas aos medicamentos ou soluções utilizadas nos procedimentos a que serei submetido(a), desconhecidas por mim e pelos médicos que me atendem. Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura da minha doença e que a evolução dela e o resultado 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 as providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento, em meu benefício. O(a) médico(a) explicou que, em algumas circunstâncias, as cirurgias ou mesmo os procedimentos endoscópicos podem gerar fatos bastante complexos, independentemente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica-cirúrgica não é ciência exata, não podendo serem dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação à minha saúde e que esta declaração passa a fazer parte da minha ficha clínica para que possa ser utilizada em qualquer época, no amparo e na defesa dos direitos dos envolvidos no meu atendimento e dos meus próprios, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado o acesso às minha fichas clínicas que sejam necessárias e importantes e que por ventura existam em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, radiológicos e demais que se façam necessários.

**( ) AUTORIZO O PROCEDIMENTO E OS DEMAIS QUE FOREM NECESSÁRIOS, RELACIONADOS A ELE**

( ) NÃO AUTORIZO A REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E ENDOSCÓPICOS ADVINDOS DESSE EXAME ENDOSCÓPICO. Autorizo apenas o exame diagnóstico.

Confirmando que fui orientado a ter um acompanhante caso a alta hospitalar ocorra no mesmo dia deste exame e que não posso dirigir automóvel nesse mesmo dia, que não posso dirigir veículos, máquinas e motocicletas durante um período de 12 horas após o exame, e nem retornar para minha residência de carona em motocicletas.

Comprometo-me a honrar com os custos habituais e adicionais advindos do exame e seus procedimentos associados, seja na forma de providenciar e garantir a autorização pela minha Operadora de Saúde, seja de forma particular.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente:  
nome legível:  
RG ou CPF:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do acompanhante  
nome legível:  
RG ou CPF:

\_\_\_\_\_  
Identificação legível e assinatura do médico

**É IMPRESCINDÍVEL TRAZER ESTE FOLHETO DEVIDAMENTE ASSINADO ATÉ O DIA DO EXAME E ENTREGÁ-LO NA RECEPÇÃO DO HOSPITAL OU NO POSTO DE ENFERMAGEM DO SEU INTERNAMENTO! TRATA-SE DE UM DOCUMENTO MUITO IMPORTANTE.**

R. Desembargador Hugo Simas, 322

Bom Retiro – Curitiba – PR – (41) 3072-7272 | 3040-1159 | 9697-3897 | 9697-3870 | 9697-3874 | 9697-3875

[WWW.HOSPITALPILAR.COM.BR](http://WWW.HOSPITALPILAR.COM.BR)