

Por este instrumento particular o (a) paciente _____
data de nascimento: ____/____/____ ou seu responsável, Sr.
(a) _____, 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) Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM _____ sob o nº
_____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde,
bem como executar o tratamento cirúrgico designado "COLANGIOPANCREATOGRÁFIA
RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA", e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias
ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido
profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o
referido (a) médico (a), atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º
da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) prestou informações detalhadas sobre os procedimentos a
serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

1 - DEFINIÇÃO

É um exame que permite o estudo dos canais (vias de drenagem) da vesícula biliar, ducto biliar, pâncreas e fígado. Um tubo fino e flexível é introduzido através de sua boca para examinar o seu estômago e duodeno. Será introduzido um cateter plástico pelo orifício de abertura desses canais (papila), possibilitando a injeção de contraste, permitindo a realização de uma radiografia que será analisada por seu médico durante o exame.

2 - COMPLICAÇÕES

1. Reações a medicamentos.
2. Perfuração do intestino.
3. Sangramento.
4. Inflamação do pâncreas (pancreatite) e do ducto biliar (colangite).

3 - PREPARO PARA REALIZAÇÃO DO EXAME

Jejum absoluto de 8 horas antes da realização do exame (significa que o Sr. (a) não pode ingerir nenhum tipo de alimento ou líquido - água, chá, café, etc.). Se precisar tomar alguma medicação de controle, use somente pequenos goles de água. **"Não tome antiácido"**. É importante informar sobre qualquer possibilidade de gravidez, uma vez que serão realizadas radiografias. Medicamentos anticoagulantes deverão ser suspensos antes do procedimento e os níveis de coagulação corrigidos a valores aceitáveis para a realização do procedimento a critério do médico assistente. O exame será realizado sob anestesia geral, para evitar dor e desconforto por parte do paciente.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica - CPRE

O paciente declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-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. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

São José dos Campos (São Paulo) _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) paciente
RG _____
Nome _____

Assinatura do (a) resp. pelo (a) paciente
RG _____
Nome _____

Assinatura do (a) médico (a)
CRM: _____
Nome _____

