

ESADI – Espaço de Saúde do Aparelho Digestivo

Diretor Técnico: Dr. Edson Pedro da Silva – CRM/SC 1434

Rua Marechal Floriano Peixoto, 300 – Sala 307 – Anexo ao Hospital Santa Isabel Fone / Fax (47) 3222-0432
endoscopia@esadi.com.br

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
COLANGIOPANCREATOGRÁFIA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA
E PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS DE VIAS BILIARES E/OU PANCREÁTICAS**

Paciente:

Acompanhante / **Declarante**/ Responsável:

Data e Horário do Exame:

Médicos Examinadores: Drs. Edson Pedro da Silva (**CRM 1434**) e/ou Daniel Fernando Soares e Silva (**CRM 9770**)

1. Eu (**nós**) recebi(emos), li (**lemos**) e discuti(**mos**) com o médico da ESADI as informações sobre o procedimento denominado **Colangiopancreatografia Endoscópica Retrógrada e Procedimentos Terapêuticos de Vias Biliares e/ou Pancreáticas**. Entendi(emos) que serei submetido(a) (**o paciente**) a um exame indicado pelo meu médico assistente que envolve a passagem de um aparelho através da boca para avaliação da papila duodenal (local onde desembocam líquidos produzidos pelo fígado e pelo pâncreas no duodeno, que é o início do intestino) e, através de raios-x, do interior do ducto de Wirsung, colédoco e outros ductos biliares (canais que conduzem o suco pancreático e a bile). Compreendi(emos) que durante o procedimento poderão ser realizadas biópsias e/ou outros procedimentos como papilotomia, retirada de cálculos de colédoco, **dilatações** e passagem de próteses biliares, quando julgado necessário pelos médicos examinadores;
2. Estou(**amos**) ciente(s) de que biópsia consiste na retirada de pequenos fragmentos da mucosa da papila para avaliação histológica (exame com microscópio); papilotomia significa a realização de um corte na papila, ampliando seu orifício e permitindo a retirada de cálculos ou melhor fluxo da bile; a retirada de cálculos de colédoco (quando existentes) significa a extração de cálculos (pedras) existentes nos canais biliares com o uso de balões ou cestas e que prótese biliar é um pequeno cilindro de plástico que é colocado na região da papila para garantir boa drenagem das secreções biliares e reduzir a chance de problemas como a infecção do líquido biliar;
3. Tenho (temos) ciência de que o exame poderá ser prejudicado se houver a presença de restos alimentares em quantidade significativa no estômago. O jejum de 12 horas e a sugestão de evitar refeições volumosas na noite que precede o exame tem como objetivo garantir que o estômago esteja vazio no momento de sua realização. Obstruções que impedem a passagem do aparelho ou cirurgias que alteram a posição da papila duodenal também podem levar à incapacidade de executar o procedimento. A avaliação dos canais biliares e pancreáticos é feita através de raios-x após a injeção de contraste radiológico por meio de sondas plásticas introduzidas através da papila. Estou ciente de que dificuldades técnicas na passagem destas sondas através do orifício da papila podem resultar em insucesso do procedimento;

4. Sei (sabemos) que deverei(mos) realizar e trazer os exames e avaliações solicitadas pela equipe ESADI ou anesthesiologista e, no preparo para o exame, um líquido anestésico local será borrifado em minha garganta para evitar esforço de náuseas e vômitos durante a passagem do aparelho, tornando-a mais fácil e confortável;
5. Estou (estamos) ciente(s) de que o procedimento será realizado sob anestesia geral com acompanhamento por anesthesiologista da AnesteClin, no Centro Cirúrgico do Hospital Santa Isabel, em Blumenau, SC, sendo necessário a realização de avaliação pré-anestésica por este profissional, o que poderá ser feito, conforme o caso e as condições clínicas, em seu consultório ou no ambiente em que será realizado o procedimento, momentos antes do mesmo, onde, a fim de prevenir a afastar eventuais problemas, prestarei (mos) todas as informações relativas às condições médicas, físicas, psicológicas da minha pessoa (do paciente), informações estas que serão transcritas para a Ficha de Avaliação Pré-Anestésica;
6. Estou (estamos) ciente(s), através de informações do médico anesthesiologista, dos riscos inerentes e naturais ao ato anestésico;
7. Reconheço (reconhecemos) que o(s) médico(s) anesthesiologista(s) que aplicará(rão) a anestesia exerce(m) atividade de meio, ou seja, obriga-se a prestar seus serviços da melhor forma e condições que lhe forem possíveis, agindo com a melhor técnica, zelo profissional e diligência em busca de seus objetivos;
8. Estou (estamos) informado(s) de que, apesar de raras, complicações relacionadas à anestesia geral ou à anestesia da garganta podem acontecer: dor ou inflamação no local de aplicação da injeção, reações alérgicas ou problemas cardiorrespiratórios. Assim, informei (informamos) ao médico examinador se sou (o paciente) alérgico(a) a medicamentos, se tenho problemas cardíacos ou respiratórios ou se tenho experiência anterior de problemas em procedimentos que tenham envolvido sedação, anestesia geral ou uso de anestésicos locais;
9. Sei (sabemos) que existe risco de sangramento durante o exame e até alguns dias após o mesmo, principalmente se procedimentos como biópsias ou papilotomia forem realizados. Por isto, suspendi (suspendemos) o uso de anticoagulantes, antiagregantes plaquetários e anti-inflamatórios 5 (cinco) dias antes do procedimento, sob orientação de meu médico-assistente, que só poderei reiniciá-lo(s) 3 (três) dias após o procedimento e informei (informamos) aos médicos examinadores se sou portador(a) de alguma condição que compromete a coagulação adequada do sangue. Da mesma forma, sei (sabemos) que existe um risco, também baixo, de perfuração das vias biliares ou duodeno, e que isto pode requerer internação hospitalar e cirurgia;
10. Fui (fomos) informado(s) de que pode ocorrer pancreatite aguda (inflamação do pâncreas) ou colangite aguda (infecção da bile, geralmente associada a obstruções de difícil alívio nos ductos biliares) como complicação do procedimento, e que sua ocorrência exigirá internação hospitalar e cuidados médicos intensivos. Estou (estamos) ciente(s) de que a equipe médica da ESADI está preparada para tratar adequadamente eventuais complicações e de que serei examinado(a) em ambiente hospitalar para maior segurança;
11. Estou (estamos) ciente(s) que a internação no Hospital Santa Isabel, caso necessária, é absolutamente indispensável para minha recuperação (do paciente), tendo a minha (nossa) prévia autorização;
12. Fui (fomos) informado(s) de que após o exame poderei sentir náuseas, estufamento e cólicas causados pela presença de gases no intestino ou dor de garganta relacionada à passagem do aparelho. Sei (sabemos) que são sintomas habitualmente leves e passageiros, mas sei (sabemos) também que devo (devemos) entrar em contato imediatamente com a equipe da ESADI na ocorrência de dor mais intensa ou de outros sintomas que exijam atenção médica como icterícia (amarelão), febre, calafrios ou sangramento, que podem se manifestar como enegrecimento das fezes;

13. Compreendi (compreendemos) que deverei (o paciente) estar acompanhado(a) por alguém apto a me levar para casa após o procedimento e que o médico examinador se negará a realizá-lo se tal norma não for observada. Entendi (entendemos) que não estarei apto(a) a conduzir veículos, operar máquinas ou realizar trabalhos que exijam lucidez por um período de 12 horas e que somente serei liberado(a) das dependências do Hospital Santa Isabel quando a equipe da ESADI e o anestesiolegista determinarem que estou em boas condições clínicas para alta. Fui (fomos) alertado(s) para a possibilidade de não recordar parcial ou totalmente do que ocorreu após a administração da anestesia, portanto devo evitar telefonemas, conversas e decisões importantes durante o período de recuperação;

14. Declaro (amos) que li (lemos) e compreendi(emos) o conteúdo deste documento, dirimi(mos) eventuais dúvidas com a equipe médica, e autorizei(amos) a equipe ESADI a realizar o procedimento acima mencionado. Sei (sabemos) que ainda posso (podemos) recusar a ser submetido ao exame, cancelando este termo de consentimento informado antes da realização do procedimento.

Blumenau, _____ de _____ de 20_____

Nome legível do paciente (de próprio punho, se possível):

Nome legível do acompanhante/declarante/responsável, de próprio punho:

Paciente – assinatura

Acompanhante/Declarante – assinatura