



GRUPO IMNE

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETROGRADA ENDOSCÓPICA - CPRE

Nome:

Doc. de Identificação:

Tipo:

Nº:

O exame de Colangiografia Endoscópica Retrograda (CPRE) consiste em introduzir através da boca um aparelho que mostrará internamente os órgãos em estudo, esclarecendo dúvidas. Ele se realiza com anestesia geral, porém, serão injetadas medicações venosas para reduzir o incômodo e tranquilizar, sendo injetados ainda contrastes iodados para visualização adequada. Portanto, se você é alérgico a algum medicamento, deve comunicar ao seu médico antes do exame.

Algumas vezes, durante a CPRE são encontradas alterações que podem ser tratados durante o exame. Para tanto são empregados equipamentos adequados ao caso e bisturi elétrico, evitando com uma operação maior e/ou complicações decorrentes de sua permanência no organismo (inclusive infecções ou pancreatite que podem por em risco a sua vida).

A CPRE é igual a qualquer outro tratamento médico realizado sobre um órgão interno, portanto com riscos de complicações (perfuração, hemorragia, colangite, pancreatite, entre outros) e de insucesso, podendo, em alguns casos, ser necessário a intervenção cirúrgica para buscar a resolução do problema. O risco de complicações é bastante baixo, porém existente, que vai desde as mais leves até as mais graves, é de aproximadamente 5%, sempre inferior ao risco de uma intervenção cirúrgica para buscar o mesmo diagnóstico e tratamento. Nossa única intenção é de esclarecer ao máximo. Com a finalidade de detectar estas raras complicações e tratá-las prontamente, recomendamos o repouso relativo domiciliar por 12 horas após o procedimento, procurando o serviço de urgência do hospital prontamente se necessário, nos casos de hemorragia, náuseas e dores intensas.

É óbvio que a decisão final cabe a você, paciente ou responsável pelo mesmo, não se esquecendo de que é um exame de fundamental importância para a condução de seu caso clínico, portanto de grandes benefícios para você. Portanto, pedimos que nos confirme que entendeu as informações prestadas e nos dê autorização para realizar CPRE e procedimentos dela derivados e necessários.

Certifico que este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo, AUTORIZANDO a realização do procedimento.

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____
e inscrito(a) no CPF/MF sob nº _____, aceito a
realização de uma colangiopancreatografia retrógrada endoscópica e procedimentos
necessários e detectados decorrentes dela, na condição de paciente do Hospital Geral Dr. Beda,
pelo médico responsável Dr _____ (a)
CRM _____.
Campos dos Goytacazes, _____ de _____ de _____.

Assinatura da Paciente ou Responsável Legal



GRUPO IMNE

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA - CPRE

Nome: _____ Assinatura Testemunha _____
CPF: _____
RG: _____

Nome: _____ Assinatura Testemunha _____
CPF: _____
RG: _____