

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – PROCEDIMENTOS COM SEDAÇÃO COLANGIOPANCREATOGRRAFIA ENDOSCÓPICA COM BIÓPSIA, PAPILOTOMIA, RETIRADA DE CÁLCULOS, DESOBSTRUÇÃO DE VIAS BILIOPANCREÁTICA

1. Eu recebi informações da equipe do Centro de Endoscopia Digestiva sobre o procedimento chamado Colangiopancreatografia Endoscópica. Eu compreendi que serei submetido (a) a um procedimento, de acordo com a indicação de meu médico assistente, que envolve a passagem de um aparelho através da boca para o médico examinar o duodeno e as vias biliares e pancreáticas, e se necessário, realizar biópsia, polipectomia, papilotomia, retirada de cálculos e colocação de próteses.
2. Fui informado (a) de que a biópsia consiste na retirada de pequenos fragmentos da mucosa do esôfago, estômago ou duodeno para exame, enquanto a polipectomia é a retirada de pequenos tumores parecidos com verrugas. A papilotomia consiste em realizar um corte na papila com sondas e instrumentos ligados a um bisturi elétrico, com o objetivo de retirar cálculos ou desobstruir as vias biliares e pancreáticas. Pode ser necessária a introdução de próteses (sondas especiais) para manter as vias biliares livres para a passagem de bile ou de suco pancreático. Uma sonda poderá ser colocada nas vias biliares e mantida por via oral, permitindo a drenagem de líquidos biliares e pancreáticos.
3. Eu compreendi que o exame poderá ser incompleto ou algumas lesões não poderão ser vistas se o estômago não estiver vazio após jejum de cerca de 12 horas. Recebi instruções para não fumar e evitar uso de medicamentos durante o período de jejum. O exame poderá ainda ser incompleto se houver alguma obstrução ou muita dificuldade técnica à passagem do aparelho.
4. Sei que serei submetido (a) a sedação pela aplicação de medicação injetável venosa conforme o meu estado clínico e julgamento do médico examinador. A sedação não é uma anestesia, e consiste na aplicação de medicamentos sedativos para obter um relaxamento e facilitar o exame.
5. **Atenção:** o exame necessita Raio X para obter imagens, e avisei o médico assistente sobre estado gestacional (as pacientes grávidas não podem receber radiação).
6. Sei que receberei ainda um líquido anestésico local na garganta antes do procedimento, para evitar náuseas e vômitos, e tornar a passagem do aparelho mais fácil e confortável.
7. Sei que muito raramente podem acontecer complicações relacionadas à sedação ou ao líquido de anestesia local, como dor ou inflamação no local da injeção, alergias ou ainda problemas cardiorrespiratórios relacionados aos medicamentos usados. Portanto, informei ao médico examinador se sou alérgico (a) a medicamentos, e se utilizo anticoagulantes, antiagregantes, plaquetários, anti-inflamatórios ou outros remédios que podem interferir no exame.
8. Durante o exame e algumas horas após, sei ainda que existem riscos de sangramento ou perfuração de esôfago, estômago, duodeno e de vias biliares e pancreáticas, riscos estes muito raros, mas possíveis. Estou ciente de que a equipe médica está preparada para tratar adequadamente estas complicações se elas acontecerem, e que serei examinado (a) em ambiente hospitalar, para maior segurança.
9. Sei que após o exame poderei sentir náuseas, vômitos, cólicas e estofamento causado por gases intestinais, sintomas que deverão melhorar espontaneamente, e que poderei fazer contato com a equipe médica se houver dor intensa ou se tiver outros sintomas que necessitem atendimento médico.
10. Compreendi que devo estar acompanhado (a) para voltar para casa após o procedimento, e que não estarei

apto (a) para dirigir veículos, operar máquinas perigosas ou realizar trabalhos que exijam lucidez durante cerca de 4 a 12 horas, e que somente serei liberado(a) pela equipe médica quando estiver em boas condições clínicas. Fui ainda alertado (a) para a possibilidade de não lembrar parcial ou totalmente do que ocorreu após a sedação, devendo, portanto, evitar telefonemas, conversas e decisões importantes durante o período de recuperação.

11. Sei que, apesar destes riscos, este procedimento representa a melhor opção para o meu diagnóstico e/ou tratamento, e que a equipe médica estará se empenhando em tornar o procedimento o mais seguro e confortável para mim.

12. Sei ainda que posso me recusar a ser submetido (a) ao exame, cancelando este termo de consentimento informado antes do procedimento ser realizado.

13. Declaro que li e compreendi o conteúdo deste documento e autorizei a equipe médica digesta a realizar o procedimento acima mencionado. Estou também ciente dos riscos da sedação e concordo com os procedimentos. Esta orientação se aplica ao acompanhante ou responsável legal quando o (a) paciente estiver incapaz de compreender o texto (caso de crianças, idosos, ou situações incapacitantes).

14. Declaro que li e compreendi o conteúdo deste documento e autorizei a equipe médica da Digesta a realizar o procedimento acima mencionado. Estou também ciente dos riscos da sedação e concordo com os procedimentos. Esta orientação se aplica ao acompanhante ou responsável legal quando o (a) paciente estiver incapaz de compreender o texto (caso de crianças, idosos, ou situações incapacitantes).

Paciente/Acompanhante/Responsável Legal - assinatura

Médico examinador - assinatura