**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS**

**Nome do paciente:**

**Data prevista para o exame:** **Hora:**

**COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE)**

**Procedimentos adicionais previstos:** papilotomia, dilatação, remoção de cálculos e passagem de prótese biliar.

**Indicação:** coledocolitíase / icterícia obstrutiva.

A **CPRE** é um procedimento médico minimamente invasivo através de um aparelho de endoscopia para acessar as vias biliares e pancreáticas. O paciente é submetido a **sedação ou anestesia geral**, dependendo da necessidade de cada caso, através de um acesso venoso, com medicamentos de boa qualidade aos cuidados do médico anestesista, garantindo a segurança e aumentando o conforto do exame. Tal procedimento está sujeito a riscos, que variam conforme os achados do exame e o estado de saúde do paciente. Dentre estes riscos, temos: desconforto para a punção da veia, cólicas, distensão e dores abdominais após o exame. Existe risco de complicações, que são raras, como: pancreatite, colangite, sangramento e até perfuração do segmento do tubo digestivo examinado, especialmente se for necessário algum procedimento terapêutico, como abertura da papila duodenal, dilatação, retirada de cálculos, colocação de próteses etc. No caso de insucesso ou complicações, talvez seja necessário tratamento cirúrgico para a resolução do problema. Não serão corridos riscos desnecessários, a menos que sejam imprescindíveis para o paciente, atentando a todos os cuidados para minimizar esses riscos, com equipamentos adequados e equipe habilitada.

* **TRAZER DOCUMENTO (RG OU CNH) E CARTEIRINHA DO CONVÊNIO;**
* **TRAZER O PEDIDO MÉDICO E AS GUIAS LIBERADAS PELO CONVÊNIO;**
* **TRAZER TODOS OS EXAMES PRÉVIOS RELACIONADOS A INVESTIGAÇÃO DIGESTIVA;**
* **Tempo mínimo de jejum absoluto (nem água) – 8 horas;**
* **Manter medicações de uso contínuo – trazer por escrito todas as medicações e suas doses;**
* **Medicamentos anticoagulantes como: clopidogrel, prasugrel, marevan, rivaroxabana, dabigatrana, apixabana, heparina, clexane ou semelhantes devem ser informados antes do exame para a equipe da Endoclim para as orientações necessárias.**

Declaro que li e entendi claramente todas as informações a mim prestadas e as contidas neste documento. Sinto-me devidamente informado(a) a respeito do procedimento e de suas complicações possíveis, inclusive podendo haver situações imprevistas. Finalmente, **aceito ser submetido a CPRE, bem como me comprometo a honrar com os custos habituais e adicionais dele advindos, caso não sejam autorizados pelo meu convênio**.

**Estou ciente de me submeter ao procedimento durante a pandemia de Covid-19.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do paciente e/ou responsável**

**Nome legível:**

**CPF ou RG:**