



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO PARA
ECOENDOSCOPIA TERAPÊUTICA



NOME DO PACIENTE: _____

Por este instrumento particular, o paciente Sr(a): _____, portador do RG _____ e do CPF _____, residente e domiciliado na _____, na cidade de _____, Sr.(a) _____, portador do RG nº _____ e do CPF nº _____, declara para todos os fins de direito, que dá plena autorização aos membros do Corpo Clínico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para executar o procedimento denominado **DRENAGEM BILIOPANCREÁTICA ECOGUIADA**, e todos os procedimentos que o incluem, visando tratar sua doença com método o menos invasivo possível e podendo a equipe valer-se do auxílio de outros profissionais da saúde, tendo-lhe sido prestadas as seguintes informações:

I) O procedimento solicitado pelo _____, Inscrito no CRM sob nº. _____, foi considerado o mais indicado para tratar seu sintoma ou a sua doença.

II) Alternativa de tratamento geralmente é a intervenção cirúrgica.

III) O paciente deverá vir ao Centro de Endoscopia acompanhado por pessoa adulta responsável; caso contrário, o exame não será realizado; se estiver internado, isto não será necessário.

IV) É raro haver complicações durante ecoendoscopia terapêutica. Se houver alimento no esôfago ou estômago há risco de aspiração e consequente pneumonia; a sedação pode levar à depressão respiratória, com risco de parada cardíaca e as drogas usadas podem acarretar reação alérgica e arritmias cardíacas, em pequeno número dos casos. Sangramento significativo por biópsia é extremamente raro, mas um pouco mais comum quando se estabelece drenagem do estômago e duodeno com os órgãos ou cavidades vizinhas. Se o sangramento for importante poderá necessitar de transfusão sanguínea e mais remotamente de cirurgia. Pode ocorrer perfuração de órgãos e infecção de cavidades e das vias biliopancreáticas, necessitando antibioticoterapia e, às vezes, internação e, raramente, intervenção cirúrgica. Poderá ser necessária mais de uma sessão de tratamento endoscópico.

V) Na eventualidade de se tratar de pseudocisto, poderá ser necessário colocar prótese rígida ou auto-expansível para manter o trajeto aberto entre ele e o tubo digestivo, para facilitar novas sessões endoscópicas de limpeza da sua loja. Isto poderá ser regra nos casos de necrosectomia (retirada de tecido morto no interior do cisto).

VI) Quando for sedado, o paciente não deverá guiar qualquer tipo de veículo no dia do exame pois os reflexos poderão estar retardados. Deverá evitar também o uso de instrumentos perfuro-cortantes, inflamáveis ou que exijam manuseio delicado ou ajuste fino. Deverá ser ajudado ao subir ou descer escadas.

VII) Pacientes com imunodepressão podem desenvolver ou reativar doenças oportunistas.

VIII) A lista de riscos e complicações aqui apresentada pode não incluir todos os riscos que podem ocorrer. Novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro e que não foram informados neste documento.

IX) Se houver necessidade de sedação profunda ou anestesia geral, a mesma será feita por um médico anestesista ou em sua ausência, por outro médico capacitado. Toda sedação profunda ou anestesia envolve risco, podendo ocorrer complicações e danos graves aos órgãos vitais, como cérebro, coração, pulmões, fígado e rins, que podem resultar em paralisia, ataque cardíaco e ou morte por causas conhecidas ou desconhecidas.

X) Após o exame, o paciente permanecerá em observação na sala de recuperação por um período de tempo variável, dependendo da plena recuperação de sua capacidade de deambulação.

XI) A alimentação é permitida só após passar o efeito da anestesia da garganta

Declara, também, que tais informações lhe foram prestadas de viva voz pelo médico acima identificado e são ora lidas no presente instrumento, tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar esclarecido 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.

Local: Ribeirão Preto Data: _____.

Assinatura do(a) paciente: _____

Assinatura de seu responsável: _____

Assinatura/Carimbo do(a) médico(a): _____