



**CONSENTIMENTO INFORMADO PARA  
COLANGIOPANCREATOGRÁFIA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA (CPR)**

**PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

Nome do paciente:	Prontuário
Nº identidade:	
Data do exame:	Solicitado por:
Clínica/Hospital:	Leito / enf:
Tel. do paciente:	Tel. testemunha:

1. Eu compreendi que serei submetido a COLANGIOPANCREATOGRÁFIA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA, de acordo com a solicitação do meu médico assistente. O exame envolve a passagem de um aparelho pela boca para que o médico possa acessar, com auxílio de cateteres e do aparelho de raio X, a via biliar e pancreática.
2. Sei que serei submetido a sedação através da administração de medicação venosa ou anestesia geral conforme o meu estado clínico. Embora raro, em menos de 1% dos casos, podem ocorrer complicações decorrentes da sedação (flebite, reação à medicação, depressão respiratória) e problemas cardíaco-respiratórios durante o procedimento.
3. Foi-me explicado o que é a via biliar e pancreática e compreendi que o exame é importante para minha doença, pois pode ser a forma de tratamento definitivo, evitando a necessidade de cirurgia ou facilitando procedimentos posteriores. Porém, sei que os objetivos, às vezes, podem não serem alcançados, necessitando a utilização de outros métodos.
4. Sei que o procedimento poderá ser o tratamento definitivo de minha doença, mas poderá resultar em complicações tais como: pancreatite aguda, infecção, sangramento, perfuração. A equipe médica me explicou que elas, embora incomuns (em cerca de 2 a 5%), podem ser sérias, levando a hospitalização por tempo mais prolongado, necessidade de transfusão sanguínea, outros procedimentos adicionais, cirurgia de urgência, podendo resultar em risco maior..
5. Fui informada que será necessário a utilização de raio X e de medicações, que poderão ter efeitos teratogênicos (efeitos sobre o feto), indução de trabalho de parto prematuro (aborto). Mas também fui informada que os médicos utilizarão o mínimo possível de radiação e drogas de menor efeito no feto.

Declaro que me foram fornecidas todas estas informações e que todas as dúvidas em relação ao procedimento foram sanadas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome legível

\_\_\_\_\_  
Assinatura (paciente /responsável )

\_\_\_\_\_  
Nome legível

\_\_\_\_\_  
Assinatura testemunha

Em caso de paciente hospitalizado em outra unidade hospitalar:



**Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva**

Departamento de Endoscopia da Associação Médica Brasileira

Filiada à Organização Mundial de Endoscopia Digestiva

Filiada à Sociedade Interamericana de Endoscopia Digestiva



Declaro que me responsabilizarei pela transmissão correta destas informações ao paciente acima referido e que possuo condições de dar prosseguimento ao tratamento clínico pós-procedimento endoscópico.

\_\_\_\_\_  
Nome legível médico solicitante e CRM  
Tel. de contato

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo