

**CONSENTIMENTO INFORMADO
INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL/NASOTRAQUEAL**

De acordo com os artigos 22 e 31 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 1931/2019 e os artigos 6º, III e 39, IV da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), que “garante ao paciente as informações sobre seu estado de saúde e dos procedimentos aos quais será submetido.”

Na presente data, estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, Eu, _____ Identidade

nº: _____ Órgão expedidor: _____,

Autorizo o procedimento: **INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL/NASOTRAQUEAL**

Definição: Passagem de um tubo através do nariz ou da boca até a traqueia para permitir a entrada e saída de ar em pacientes que necessitem deste procedimento.

Indicação: Assegurar o acesso traqueal nas situações em que exista potencial prejuízo dos mecanismos fisiológicos de controle da permeabilidade das vias aéreas. Atenuar o risco de aspiração do conteúdo gástrico, facilitar a aspiração traqueal, facilitar ventilação sob pressão positiva e manutenção da oxigenação adequada.

Complicações: Complicações da intubação: Entubação esofágica, entubação seletiva, incapacidade para entubar, Indução ao vômito, levando à aspiração, hipoxia e morte, luxação da mandíbula, laceração de partes moles das vias aéreas, trauma da via aérea, fratura ou perda de dentes, lesão da coluna cervical por movimentação da cabeça durante o procedimento. Complicações durante a laringoscopia e intubação orotraqueal: traumatismos de lábios, língua, dentes faríngeos, articulação temporomandibular, Hipertensão arterial, taquicardia, arritmia, hipertensão intracraniana e intraocular, hipoxemia e hipertermia, trauma de coluna cervical, lesões ou perfurações de vias aéreas, entubação esofágica, aspiração pulmonar de conteúdo gástrico, podendo levar a hipoxia e até a morte. Complicações na presença do tubo: Extubação acidental, isquemia da mucosa traqueal, broncoespasmo, infecção pulmonar. Complicações após a extubação: laringoespasmo, aspiração, faringite e laringite, edema laríngeo e subglótico, ulceração da mucosa traqueal, estenose traqueal, pneumonia, paralisia das cordas vocais, aspiração do conteúdo gástrico e lesão da traqueia.

Declaro ter recebido do médico todas as explicações necessárias e claras quanto à metodologia, riscos, benefícios e alternativas dos procedimentos, exames ou tratamentos listados acima. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Tive acesso ao texto, na íntegra, dos Termos de Consentimento específicos, demonstrados pelo médico abaixo.

Declaro também estar devidamente informado dos riscos presentes aos referidos atos, bem como do surgimento de complicações inerentes ao quadro.

Declaro que entendi adequadamente todas as informações recebidas. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, e que o médico tem responsabilidade de meios e não de fins. Se, durante o procedimento, o médico assistente tomar conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar as referidas condições.

Em face dos esclarecimentos prestados, após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, cientificado (a) do procedimento a ser adotado, assim como de suas limitações, informo meu **CONSENTIMENTO** para a realização dos procedimentos destacados acima, por indicação do profissional referido e extensivo à sua equipe.

Belo Horizonte, _____, de _____, de _____.

Assinatura do paciente/responsável(*)

Assinatura/CRM/carimbo do médico
responsável pelo Termo de
Consentimento