

CONSENTIMENTO INFORMADO

TRAQUEOSTOMIA

De acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 1931/2009) e os artigos 6º III e 39 VI 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.

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data internação: ____ / ____ / ____

Médico responsável pela internação: _____

CRM-MG: _____

Autorizo o Dr. _____ e

sua equipe a realizar(em) no paciente

Sr.(a) _____, o

procedimento de **TRAQUEOSTOMIA**.

Definição: Criação de uma comunicação, relativamente permanente, da pele à traqueia através de uma incisão no pescoço com o propósito de estabelecer uma via aérea definitiva. A manutenção desta abertura através de uma cânula colocada no interior da traqueia com o objetivo de estabelecer a comunicação com o meio exterior é chamada de traqueostomia.

Indicação: Obstrução das vias aéreas causadas por: tumores volumosos, traumatismo facial severo, traumatismo torácico, edema cervical inflamatório e anomalias congênitas. Suporte ventilatório prolongado para ganhar conforto e mobilidade cervical, para prevenir lesões orais e laríngeas provocadas pelas cânulas orotraqueais de longa permanência, para prevenção de brônquio aspiração, para facilitar a higiene brônquica, obstrução das vias aéreas superiores por tumores da faringe, laringe ou esôfago, anomalias congênitas do trato respiratório superior ou digestivo, trauma de laringe ou traqueia, paralisia do nervo laríngeo recorrente bilateral, aspiração de corpo estranho, difteria, epiglote infecciosa, queimaduras sobre a região cérvico facial, choque anafilático com edema de glote, retenção de secreção e tosse diminuída, após cirurgia torácica e abdominal, broncopneumonia, aspiração de conteúdo gástrico, retenção de secreções com insuficiência respiratória recorrente de patologias neurológicas degenerativas graves, centrais e periféricas.

Complicações: Intraoperatórias: hemorragias, embolia gasosa, pneumotórax, pneumomediastino, lesão de esôfago, lesão de traqueia, lesão de nervo

recorrente, falso trajeto da cânula, trauma dentário, edema falso de glote, aspiração de corpo estranho, lesão da tireoide.

Pós-operatórias: infecção, traqueíte, celulite cervical, mediastinite, pneumonia, abscesso pulmonar, colonização bacteriana, enfizema subcutâneo, obstrução da cânula por secreção espessa, edema agudo de pulmão, deslocamento da cânula, distúrbios de deglutição, hematoma. Tardias: traqueomalácea, granulomas, estenose subglótica e traqueal, fístula traqueocutânea e traqueoesofágica, aspiração e obstrução da cânula.

Declaro ter recebido do médico: _____, CRM-MG: _____, 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, especialmente _____

_____.

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.

Assinatura do paciente/responsável (*)

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