

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TRAQUEOSTOMIA

Paciente: _____	Data de Nascimento: ____/____/____
CPF: _____	RG: _____

Responsável Legal: _____
CPF: _____ RG: _____

Preencher se paciente for menor ou incapaz.

Declaro que fui devidamente informado(a) pelo(a) médico(a) responsável sobre a necessidade de proceder às investigações necessárias ao diagnóstico do meu estado de saúde, bem como à execução do tratamento cirúrgico denominado **TRAQUEOSTOMIA**, incluindo todos os procedimentos que o integram, tais como anestesias, manobras clínicas e cirúrgicas associadas, cuidados pré, intra e pós-operatórios, podendo o(a) referido(a) profissional valer-se do auxílio de outros profissionais da equipe multiprofissional de saúde, quando necessário.

Declaro, ainda, que o(a) médico(a), prestou-me informações claras, suficientes e compreensíveis acerca do diagnóstico, da indicação do procedimento, de seus objetivos, benefícios esperados, riscos, complicações possíveis e alternativas terapêuticas, conforme descrito a seguir.

A traqueostomia é um procedimento cirúrgico no qual se realiza uma abertura na traqueia, na região anterior do pescoço (região supraesternal), com a colocação de uma cânula apropriada, com a finalidade de garantir ou facilitar a respiração, especialmente em situações de obstrução das vias aéreas superiores, insuficiência respiratória ou necessidade de ventilação mecânica prolongada.

Entre os benefícios esperados do procedimento estão a melhora da ventilação e da oxigenação, a redução do risco de obstrução das vias aéreas, a facilitação da aspiração de secreções respiratórias, a possibilidade de maior conforto respiratório quando comparado à intubação orotraqueal prolongada, bem como a diminuição de determinadas complicações associadas ao uso prolongado de tubos endotraqueais. O procedimento pode ainda contribuir para a estabilização do quadro clínico e para a continuidade do tratamento da doença de base.

Fui esclarecido(a), contudo, de que, apesar dos benefícios esperados, a traqueostomia envolve riscos e possíveis complicações, inerentes a qualquer procedimento cirúrgico e ao próprio estado clínico do paciente. Tais riscos incluem, entre outros, sangramento local, podendo, em alguns casos, haver necessidade de transfusão sanguínea; infecção da ferida operatória; mau

posicionamento, deslocamento ou obstrução da cânula; enfisema subcutâneo; pneumotórax ou pneumomediastino; laceração da traqueia; formação de fistulas, tais como traqueoesofágica, traqueocutânea ou traqueoinominada; estenose traqueal ou subglótica; lesão do nervo laríngeo recorrente, com possíveis alterações da voz; dificuldade de deglutição; dificuldade no processo de retirada da cânula (decânulação); parada cardiorrespiratória e outras intercorrências clínicas que podem ocorrer durante ou após o procedimento.

Estou ciente de que, embora todas as medidas de segurança sejam adotadas, não é possível garantir a ausência de complicações ou resultados específicos.

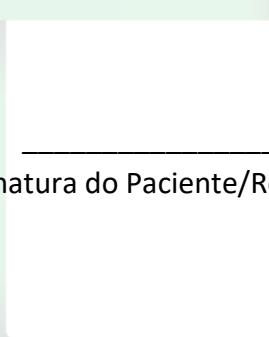
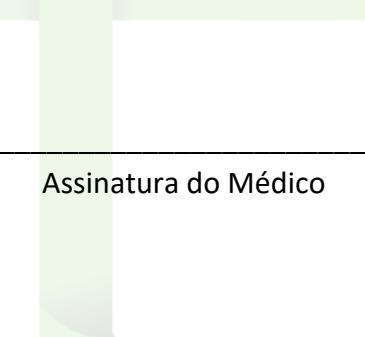
Também fui informado sobre riscos inerentes à anestesia geral, que são raros, mas possíveis, e deverão ser esclarecidos pela equipe de anestesia.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura garantia de cura, podendo a evolução do meu quadro clínico exigir a modificação das condutas inicialmente propostas. Autorizo, desde já, o(a) médico(a) assistente a adotar as medidas que julgar necessárias diante de intercorrências, visando à preservação da minha vida e da minha saúde.

Declaro, ainda, que fui informado(a) sobre métodos terapêuticos alternativos, quando aplicáveis, bem como sobre as consequências da não realização do procedimento, e que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas, tendo recebido as informações em linguagem clara e acessível.

Assim, após leitura, compreensão e aceitação do exposto, declaro que minha decisão é livre, consciente e voluntária, expressando meu pleno consentimento para a realização do procedimento de TRAQUEOSTOMIA, conforme acima descrito.

Guanhães/MG, ____ de ____ de ____.

	
<hr/> <p>Assinatura do Paciente/Responsável Legal</p>	<hr/> <p>Assinatura do Médico</p>