

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA

Por este instrumento particular o (a) paciente _____ ou seu responsável,

Sr.(a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM- _____ sob o nº _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento designado “ ”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declaro, outrossim, que o referido(a) médico(a), atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem

Definição: Criação de uma comunicação, relativamente permanente, da pele à traquéia 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 traquéia 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, epigloteite 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 grave, 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: traqueomalácia, granulomas, estenose subglótica e traqueal, fístula traqueocutânea e traqueoesofágica, aspiração e obstrução da cânula.

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, 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.

Cuiabá _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____

RG/CPF: _____

Ass. Medico Assistente

Nome: _____

CRM: _____

UF: _____