



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA

Av. Vicente Ferreira, 828 - CEP: 17515-900 – Marília / SP - CNPJ: 52.049.244/0001-62

Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559

site: www.santacasamarilia.com.br

TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”

TRAQUEOSTOMIA

(Resolução CMF n. 1.931/2009 - Código de Ética Médica)

O(a) paciente ou seu(sua) responsável, autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido, a internação, o tratamento clínico e a realização do(s) procedimento cirúrgico designado “TRAQUEOSTOMIA”.

Definição: Traqueostomia consiste na introdução do equipamento denominado “cânula” na traqueia do paciente. É indicado principalmente para pacientes internados em UTI com intubação por tempo prolongado.

Os objetivos principais do procedimento são facilitar aspiração da secreção pulmonar, retirar o tubo da boca do paciente e beneficiar a retirada do respirador mecânico.

Procedimento: São utilizados anestésicos local e venoso para que o procedimento cause o menor incomodo possível. Habitualmente os pacientes internados na UTI são submetidos à traqueostomia na própria unidade, visto que na UTI apresenta todos equipamentos necessário para sua execução.

O procedimento consiste em fazer uma incisão de 1 a 3 cm na pele localizada na região anterior do pescoço e com a ajuda de instrumentos cirúrgicos afastar os tecidos do pescoço para identificar a traqueia. Após essa etapa, procede-se à abertura da traqueia e a colocação da cânula de traqueostomia.

Possíveis riscos: Apesar de pouco frequentes, podem ocorrer complicações como inchaço, vermelhidão, sangramento ou hematoma no local, febre e/ou infecção da ferida cirúrgica, precoce ou tardia, abertura dos pontos, fístula traqueal com perda de saliva pelo orifício da traqueostomia, dificuldades de adaptação do traqueóstomo (prótese). Raramente pode ocorrer estenose (estreitamento) traqueal. Outras complicações mais raras, mas que também estão descritas na literatura médica, podem ocorrer, muitas vezes sendo necessária uma nova intervenção cirúrgica.

O(a) paciente ou seu(sua) responsável está ciente, de acordo e foi esclarecido das seguintes condições:

1. Recebeu, através do médico, informações de forma clara do estado de saúde, da hipótese diagnóstica e evolução provável da doença, bem como a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento ora autorizado, efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo, além das instruções relativas ao procedimento clínico/cirúrgico, pré e pós-operatório, tendo esclarecido as suas dúvidas.

2. Recebeu, através do médico, a informação de forma clara de que o tratamento pode não ser definitivo, pois o procedimento a ser adotado não implica necessariamente na cura e que a evolução da doença e do tratamento poderão modificar condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica autorizada que sejam adotadas as providências necessárias, ou seja, tratamentos, cirurgias, procedimentos, exames complementares, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital, para fazer frente aos problemas surgidos.

3. Está ciente que deverá se inteirar dos fatos com o médico responsável e, havendo agravamento ou intercorrências da patologia, fica autorizado o médico responsável a contatar outros especialistas para o tratamento, conforme a necessidade.

4. Está ciente quanto à necessidade de respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas pelo (a) médico (a), pois a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais.

5. Está ciente que poderá revogar o consentimento prestado a qualquer momento antes que o referido procedimento seja realizado.

6. Autoriza o envio de cópia do prontuário quando por solicitação de autoridades.

Concorda com o tratamento acima proposto, e atesta que recebeu neste momento uma cópia e possui pleno conhecimento de todo o teor do presente termo.

Marília, _____ de _____ de 20 ____.

Nome do Paciente: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal: _____

Data de Nascimento: _____

Nome do Médico Responsável: _____

Assinatura do Médico Responsável: _____

CRM: _____