



DR. DANIEL BRITTO
DR FELIPE MASSOTE

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

TRAQUEOSTOMIA

CONSENTIMENTO INFORMADO:

POR ESTE INSTRUMENTO PARTICULAR OU SEU RESPONSÁVEL, SR.(A) DECLARA, PARA TODOS OS FINS LEGAIS, QUE DÁ PLENA AUTORIZAÇÃO AO MÉDICO RESPONSÁVEL E SUA EQUIPE, PARA EXECUTAR O TRATAMENTO CIRÚRGICO DE “TRAQUEOSTOMIA”, E TODOS OS PROCEDIMENTOS QUE O INCLUEM, INCLUSIVE ANESTESIA E OUTRAS CONDUTAS MÉDICAS QUE O TRATAMENTO POSSA REQUERER, PODENDO O REFERIDO PROFISSIONAL VALER-SE DO AUXÍLIO DE OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE. DECLARA, IGUALMENTE, QUE O REFERIDO MÉDICO, ATENDENDO AO DISPOSTO NO ART. 59 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA E APÓS A APRESENTAÇÃO DE MÉTODOS ALTERNATIVOS, SUGERIU O TRATAMENTO MÉDICO-CIRÚRGICO ANTERIORMENTE CITADO, DANDO INFORMAÇÕES DETALHADAS SOBRE O DIAGNÓSTICO E SOBRE OS PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS NO TRATAMENTO SUGERIDO E AGORA AUTORIZADO.

DEFINIÇÃO: A CIRURGIA DE “TRAQUEOSTOMIA” CONSISTE : NA CRIAÇÃO DE UMA COMUNICAÇÃO, RELATIVAMENTE PERMANENTE, DA PELE À TRAQUEIA ATRAVÉS DE UMA INCISÃO NO PESCOÇO COM O PROPÓSITO DE ESTABELECEER UMA VIA AÉREA DEFINITIVA. A MANUTENÇÃO DESTA ABERTURA ATRAVÉS DE UMA CÂNULA COLOCADA NO INTERIOR DA TRAQUEIA COM O OBJETIVO DE ESTABELECEER A COMUNICAÇÃO COM O MEIO EXTERIOR É CHAMADA DE TRAQUEOSTOMIA E REQUER REALIZAÇÃO ESPECIALIZADA REALIZADA EM REGIME HOSPITALAR, ANESTESIA LOCAL PODENDO TAMBEM SER FEITO ASSOCIADO À SEDAÇÃO. TEM COMO INDICAÇÕES: OBSTRUÇÃO DA 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, EPIGLOTITE 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 MAIS COMUNS RELACIONADAS A ESTA CIRURGIA:

1. HEMORRAGIAS (SANGRAMENTOS)
2. EMBOLIA GASOSA
3. PNEUMOTÓRAX
4. PNEUMOMEDIASTINO
5. LESÃO DE ESÔFAGO
6. LESÃO DE TRAQUEIA
7. LESÃO DE NERVO RECORRENTE
8. FALSO TRAJETO DA CÂNULA
9. EDEMA FALSO DE GLOTE
10. ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO
11. LESÃO DA TIREOIDE
12. INFEÇÃO
13. TRAQUEÍTE
14. CELULITE CERVICAL
15. MEDIASTINITE
16. PNEUMONIA
17. ABCESSO PULMONAR

CONTINUA NA PRÓXIMA PÁGINA

MÉDICO RESPONSÁVEL

PACIENTE OU RESPONSÁVEL

TESTEMUNHA



DR. DANIEL BRITTO
DR FELIPE MASSOTE

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

TRAQUEOSTOMIA

CONSENTIMENTO INFORMADO

CONTINUAÇÃO:

18. COLONIZAÇÃO BACTERIANA
19. ENFIZEMA SUBCUTÂNEO
20. OBSTRUÇÃO DA CÂNULA POR SECREÇÃO ESPESSA
21. EPISTAXE (SANGRAMENTO NASAL);
22. ARRITMIAS;
23. INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA;
24. BRADICARDIA
25. BRONCOESPASMO (CHIO DE PEITO LEVANDO A INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA);
26. PARADA CARDÍACA E/OU RESPIRATÓRIA;
27. ROUQUIDÃO;
28. NECESSIDADE DE CIRURGIA OU DE NOVO EXAME;
29. EDEMA AGUDO DE PULMÃO
30. DESLOCAMENTO DA CÂNULA
31. DISTÚRBIOS DE DEGLUTIÇÃO
32. HEMATOMA
33. TRAQUEOMALÁCEA
34. GRANULOMAS,
35. ESTENOSE SUBGLÓTICA E TRAQUEAL
36. FÍSTULA TRAQUEOCUTÂNEA E TRAQUEOESOFÁGICA
37. ASPIRAÇÃO E OBSTRUÇÃO DA CÂNULA
38. ÓBITO;
39. SANGRAMENTO COM NECESSIDADE DE TRANSFUSÃO.

DECLARA, AINDA, TER LIDO AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PRESENTE INSTRUMENTO, AS QUAIS ENTENDEU PERFEITAMENTE E ACEITOU, COMPROMISSANDO-SE RESPEITAR INTEGRALMENTE AS INSTRUÇÕES FORNECIDAS PELO MÉDICO, ESTANDO CIENTE DE QUE SUA NÃO OBSERVÂNCIA PODERÁ ACARREJAR RISCOS E EFEITOS COLATERAIS A SI (OU AO PACIENTE).

DECLARA, IGUALMENTE, ESTAR CIENTE DE QUE COM O TRATAMENTO ADOTADO NÃO HÁ GARANTIA DE CURA, E QUE A EVOLUÇÃO DA DOENÇA E DO TRATAMENTO PODEM OBRIGAR O MÉDICO A MODIFICAR AS CONDUTAS INICIALMENTE PROPOSTAS, SENDO QUE, NESTE CASO, FICA O MESMO AUTORIZADO, DESDE JÁ, A TOMAR PROVIDÊNCIAS NECESSÁRIAS PARA TENTAR A SOLUÇÃO DOS PROBLEMAS SURTIDOS, SEGUNDO SEU JULGAMENTO. FINALMENTE, DECLARA TER SIDO INFORMADO A RESPEITO DE MÉTODOS TERAPÊUTICOS ALTERNATIVOS E ESTAR ATENDIDO EM SUAS DÚVIDAS E QUESTÕES, ATRAVÉS DE LINGUAGEM CLARA E ACESSÍVEL.

ASSIM, TENDO LIDO, ENTENDIDO E ACEITO AS EXPLICAÇÕES SOBRE AS VANTAGENS, OS RISCOS E COMPLICAÇÕES MAIS COMUNS DESTA PROCEDIMENTO, EXPRESSA SEU PLENO CONSENTIMENTO PARA A SUA REALIZAÇÃO.

MÉDICO RESPONSÁVEL

PACIENTE OU RESPONSÁVEL

TESTEMUNHA