

 <p>albert sabin HOSPITAL</p> <p>Código CHAS-TCLE.PRO.009</p> <p>Versão: 2ª – 20/01/2016</p>	<p>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO</p> <p>TRAQUEOSTOMIA</p>	<p>COLAR ETIQUETA</p>
--	--	------------------------------

Por este instrumento particular o(a) paciente (ACIMA CITADO) ou seu responsável (ABAIXO CITADO), 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 (ABAIXO CITADO), para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “**TRAQUEOSTOMIA**”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

Declara, 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 medicocirúrgico 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 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 laringeas 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 cerviceal 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, traquite, 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, fistula traqueocutânea e traqueoesofágica, aspiração e obstrução da cânula.

INFECÇÃO HOSPITALAR: A portaria nº. 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (Nacional Nosocomial Infection Surveillance – Vigilância Nacional Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são:

- Cirurgias limpas – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
- Cirurgias potencialmente contaminadas – 10% (aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
- Cirurgias contaminadas – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertas, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.
- Cirurgias infectadas – 40% (são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico).

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, 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 os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

<input type="checkbox"/> Paciente: <p style="text-align: right;">Assinatura</p>	<p>Recife (Pernambuco)</p> <p>_____/_____/_____</p> <p>Hora: ____:____</p>
<input type="checkbox"/> Aplicável se responsável Nome: _____ Doc. Identidade nº: _____ Grau de Parentesco: _____ <p style="text-align: right;">Assinatura</p>	Testemunhas: 1) Nome: _____ CPF nº: _____ Assinatura: _____ 2) Nome: _____ CPF nº: _____ Assinatura: _____

PREENCHIDO PELO MÉDICO:

Expliquei todo o procedimento/ tratamento ao paciente acima identificado e/ou responsável, sobre os benefícios, riscos, alternativas, referentes a sua recusa, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Nome do médico(a): _____

CRM: _____

Assinatura e Carimbo