

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA

Autorizo a equipe do Hospital Unimed Ribeirão Preto a realizar no paciente Senhor (a) _____, o procedimento de TRAQUEOSTOMIA.

DEFINIÇÃO: Criação de uma comunicação 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: Suporte ventilatório prolongado para oferecer maior conforto e mobilidade cervical ao paciente, prevenção de lesões orais e laringeas provocadas pelas cânulas oro-traqueais de longa permanência, prevenção e bronco aspiração e facilidade de higienização brônquica

COMPLICAÇÕES: Intraoperatórias: hemorragias, embolia gasosa, pneumotórax, pneumomediastino, lesão de esôfago, lesão de traqueia, lesão de nervo recorrente, falso trajeto da cânula, edema falso de glote, aspiração de corpo estranho, lesão da tireoide.

Pós-operatórias: infecção, enfisema subcutâneo, obstrução da cânula por secreção espessa, deslocamento da cânula, distúrbios de deglutição.

Declaro ter recebido todas as explicações necessárias e claras quanto à metodologia, riscos, benefícios do procedimento, listado acima.

Declaro também estar devidamente informado dos riscos presentes aos referidos atos, bem como do surgimento de complicações inerentes ao quadro clínico. 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 meio e não de fins. Em face de esclarecimentos prestados, após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, informo meu CONSENTIMENTO para a realização do procedimento destacado acima, por indicação do profissional referido e extensivo à sua equipe.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____

Assinatura do paciente/ responsável



Assinatura/CRM/carimbo do médico responsável pelo atendimento



Este termo deverá ser preenchido, impresso em duas vias e anexado ao prontuário do paciente na data da internação, deverá ser checado pelo funcionário do centro cirúrgico ou local agendado e uma das vias entregue ao médico assistente.