

O presente **Termo de Consentimento Informado e Esclarecido** tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente \_\_\_\_\_ e seu responsável quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico **TRAQUEOSTOMIA COM EXCLUSÃO/SEPARAÇÃO TRAQUEAL**, que tem por finalidade criar uma via de passagem de ar alternativa à boca e nariz, associada ao uso de prótese para redução de aspiração de secreções orais.

O espaço a seguir deve ser preenchido pelo responsável do paciente.

Eu, \_\_\_\_\_,  
documento de identificação n.º \_\_\_\_\_, (grau de parentesco: \_\_\_\_\_).

**Declaro que:**

- Fui informado sobre o procedimento e os possíveis benefícios:
  - Realização de via aérea alternativa que confere maior segurança para a passagem de ar por manutenção de prótese.
  - Redução de microaspirações de secreções orais, melhorando conforto e risco de pneumonia.
  - Possibilidade de ingestão oral de alimentos.
- Fui informado sobre o procedimento e as seguintes limitações:
  - A fonação e qualquer outro ruído anteriormente emitido pelo paciente, tal como choro, grunhido, grito e risada, desaparecerão por completo após a cirurgia. Isso pode limitar a comunicação da família com o paciente.
  - Impossibilidade de entubação por via convencional (boca e traqueia).
  - Possibilidade de aumento de salivação oral e consequente saída pela boca.
  - Haverá necessidade de manutenção de aspirações da traqueia em maior ou menor frequência, dependendo das condições pulmonares existentes antes do procedimento.
- Fui informado sobre o procedimento e os possíveis riscos:
  - Inchaço, vermelhidão, sangramento ou hematoma no local.
  - Drenagem de secreção serossanguinolenta principalmente no primeiro dia.
  - 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.
- Recebi a informação de que é possível a reversão dessa cirurgia (desfazer o procedimento) em caso de necessidade clínica.
- Informei aos médicos responsáveis pelo procedimento os medicamentos que estão sendo administrados a essa criança ou a esse adolescente pelo qual sou responsável.
- Recebi informações quanto à manutenção das medicações e **jejum** necessário antes do procedimento.
- Estou ciente de que para realizar o procedimento acima especificado será necessário realizar **anestesia**.
- Recebi todas as informações necessárias quanto aos **riscos, benefícios e alternativas de tratamento**. Também fui informado sobre os riscos e benefícios de não realizar o tratamento proposto.
- Recebi explicações, li, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e essas foram respondidas satisfatoriamente. Assim, tendo conhecimento, **autorizo a realização do procedimento proposto**.

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_

Testemunhas: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

CPF n.º: \_\_\_\_\_

O espaço a seguir deve ser preenchido pelo médico.

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e responsável por ele o propósito, benefícios, riscos e alternativas para o tratamento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ . Hora: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo: \_\_\_\_\_