|  |  |
| --- | --- |
| TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  **TRAQUEOSTOMIA**  Eu, abaixo assinado, tendo em vista meu quadro de saúde, autorizo o(a) Dr(a)       e a equipe da       a realizarem o procedimento – traqueostomia - conforme indicação. Fui informado(a) e entendi que o procedimento proposto é necessário para que o tratamento seja adequadamente conduzido.  O(a) médico(a) explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos deste procedimento e foi dada oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente.  Os possíveis riscos associados a este procedimento foram esclarecidos e são os seguintes:   1. Complicações técnicas durante o procedimento que impeçam a sua realização; 2. Dor na região da cirurgia requerendo medicações analgésicas; 3. Necessidade de permanecer com dreno para drenar possíveis coleções internas de líquido ou sangue; 4. Possibilidade de edema, hematoma, sangramento, saída de secreções e/ou infecção na incisão cirúrgica requerendo tratamento futuro; 5. Cicatrização esteticamente inadequada por fatores individuais (quelóides, cicatriz hipertrófica, etc.) 6. Outros riscos (especificar quando pertinente)      .     Estou ciente de que a lista anterior pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis neste procedimento, mas é a lista de riscos mais comuns.  Reconheço que durante o procedimento ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados. Assim sendo, autorizo a equipe médica a executar esses atos e outros procedimentos que sejam considerados necessários e desejáveis. Esta autorização estende-se a todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento da equipe médica até o momento em que o procedimento for iniciado.  Fui informado(a) também que para a realização deste procedimento poderá ser necessário o emprego de anestesia, cujos métodos e técnicas serão de indicação do médico intensivista ou anestesista. Reconheço que existem riscos e complicações com a anestesia.  Da mesma forma estou ciente que profissionais devidamente qualificados, nas funções de auditores, peritos médicos oficiais, avaliadores em programas de acreditação ou servidores públicos exercendo atividades regulatórias poderão ter acesso aos dados do meu prontuário, mantendo o compromisso de sigilo destas informações.  CONCLUSÃO  Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente de que a obrigação da equipe médica é utilizar todos os meios conhecidos na medicina, e disponíveis no local onde se realiza o tratamento, na busca da saúde do paciente. Fico ciente de que eventuais resultados adversos podem ocorrer mesmo com os melhores cuidados técnicos aplicados. Assim, decidi conjuntamente com a equipe médica que o procedimento proposto é preferencial neste momento para o quadro clínico.  Certifico que este formulário me foi explicado, que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.  Data:      /     /  Nome (em letra de forma) do paciente ou responsável:  Assinatura do paciente ou responsável:  Grau de parentesco do responsável:  Assinatura e CRM do Médico:    Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.  O médico deverá registrar a obtenção deste consentimento no Prontuário do Paciente, no item evolução. | |
| POA 11 PB  **TERMO DE CONSENTIMENTO  LIVRE E ESCLARECIDO  Serviço de Medicina Intensiva**  **TRAQUEOSTOMIA** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-453 – 292599 – gráfica hcpa – nov22**