

Termo de Ciência e Consentimento

Broncoscopia

Paciente: _____ Sexo: _____
Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____
Convênio: _____
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

Por este instrumento, eu, _____, declaro que:

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte alteração e/ou diagnóstico:

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

Broncoscopia

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

Fui informado (a) que a broncoscopia consiste no exame das vias aéreas (traquéia e brônquios) realizado, sob sedação, através da introdução de um aparelho de broncoscopia flexível através das minhas cordas vocais.

Compreendi que a broncoscopia permite diagnosticar várias doenças pulmonares como tuberculose, tumores, e doenças intersticiais, além de permitir a detecção de microorganismos específicos como bactérias e fungos. Muitas vezes, para realizar tal diagnóstico é necessário uma biópsia do pulmão (biópsia transbrônquica) e/ou dos brônquios (biópsia endobrônquica).

Estou ciente de que a broncoscopia é um procedimento geralmente bem tolerado, mas que pode estar associado a complicações como irritação na garganta, febre, pneumonia, broncoespasmo (chiado no peito), baixa transitória da pressão e da oxigenação sanguínea, e arritmias. Essas complicações geralmente não trazem maiores repercussões clínicas e são controladas rapidamente. Pneumotórax (colapso do pulmão) pode ocorrer em até 3% dos procedimentos, fazendo-se necessária a colocação de um dreno de tórax para expandir o pulmão. Hemoptise (sangramento ao tossir) é comum, mas na grande maioria das vezes é em pequena quantidade e resolve espontaneamente após alguns dias. Hemoptise significativa pode ocorrer em até 1% dos casos, necessitando de tratamento durante a broncoscopia para estancar o sangramento. Uma complicação mais severa a ponto de causar o óbito do paciente é muito raro em broncoscopia, acontecendo aproximadamente em 1 a cada 10.000 pacientes.

Também fui informado (a) que as alternativas à broncoscopia são: (1) tentar o diagnóstico e o tratamento apenas com as informações clínicas e radiológicas, o que pode em algumas vezes não proporcionar um diagnóstico seguro; e (2) em alguns casos, partir direto para uma biópsia cirúrgica, o que pode significar a realização de um procedimento maior e com mais complicações.

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

Esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação;

Autorizo a realização de filmagens / fotografias do sítio operatório (preservando a identidade do paciente), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente, também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a), sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro;

Autorizo a realização de exame anatomopatológico em materiais que sejam removidos durante o procedimento por laboratório de patologia associado ao Hospital Córdio Pulmonar;

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Salvador, ____ de _____ de 20____ ____:____ (hh:min)

Paciente Responsável

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____ Parentesco _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Salvador, ____ de _____ de 20____ ____:____ (hh:min)

Nome do médico _____ CRM: _____

Assinatura: _____