

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO DE BRONCOSCOPIA / NASOFIBROSCOPIA / FIBROBRONCOSCOPIA

Nome do Paciente:	
Data de Nascimento:	Nº da Internação:

O PACIENTE ou RESPONSÁVEL acima identificado AUTORIZA o médico assistente e demais profissionais da sua equipe a realizar o procedimento invasivo de BRONCOSCOPIA / NASOFIBROSCOPIA / FIBROBRONCOSCOPIA, bem como DECLARA que recebeu as seguintes informações:

1. Fui informado que a Broncoscopia / Nasofibrosocopia / Fibrobroncoscopia é um procedimento diagnóstico e/ou terapêutico de rotina para o diagnóstico das doenças das vias aéreas inferiores (traquéia e brônquios) e/ou do parênquima pulmonar (pulmão), com coleta de material para diagnóstico (lavado broncoalveolar, biópsia transbrônquica, biópsia endobrônquica, escovado, etc.)
2. Fui ainda informado que o procedimento em questão consiste na passagem de um aparelho fino de fibra óptica através do nariz ou da boca, realizado sob sedação leve e anestesia tópica (local);
3. Fui informado que o exame está contraindicado nos casos de insuficiência respiratória grave, arritmias cardíacas graves, insuficiência coronariana descompensada e crise grave de asma;
4. Fui informado que se houver indicação de biópsia transbrônquica, esta não poderá ser feita em casos de plaquetopenia, distúrbios de coagulação, uremia, hipertensão pulmonar grave e pulmão único.
5. Fui informado que é necessária a suspensão de medicamentos anticoagulantes, sendo de obrigação prévia do paciente, confirmar com seu médico, a possibilidade de interromper o uso do medicamento e verificar o tempo exato dessa suspensão.
6. Fui informado que o paciente deverá comparecer para o procedimento acompanhado por outro adulto, bem como que tem a obrigação de comunicar a equipe médica e de enfermagem do Hospital Sapiranga, previamente à realização do procedimento, caso faça uso de medicamento ou se interrompeu o seu, se faz o consumo drogas ilícitas ou de bebidas alcoólica ou se tem alergia a determinado medicamento ou alimento. Está ciente que a omissão dessas pode resultar em dano a saúde do paciente.
7. Fui informado que são necessários ou seguintes cuidados após a Broncoscopia / Nasofibrosocopia / Fibrobroncoscopia: - Não dirigir automóvel ou outros veículos durante todo o dia, nem realizar esforço físico. – Durante um período de aproximadamente oito (8) horas, não realizar tarefas que necessitem de atenção, como mexer maquinas e objetos cortantes. – Uma (1) hora após o término do exame, pode-se alimentar normalmente. Não existem restrições quanto ao tipo de alimentação, apenas devem ser evitados alimentos muito quentes. – Evitar o consumo de bebidas que contenham álcool nas vintes a quatro (24) horas após o exame;
8. Fui informado que são riscos pós a Broncoscopia / Nasofibrosocopia / Fibrobroncoscopia: - Entre três (3) e doze (12) horas após a broncoscopia pode ocorrer febre, às vezes alta, que, contudo, desaparece espontaneamente, não sendo um sinal de infecção. Nesses casos, pode-se fazer uso de antitérmicos, devendo, porém, entrar em contato com o médico solicitante, para que este indique o medicamento e a dosagem. – Quando realizada biópsia, pode ocorrer sangramento em pequena quantidade, presente na expectoração (escarro). Esse quadro também é autolimitado e não deve durar mais de vinte e quatro (24) horas. – Quando se realiza biópsia transbrônquica, pode ocorrer pneumotórax em 3% dos casos. Os sintomas dessa condição incluem dor torácica localizada e progressiva, geralmente piorando a inspiração profunda e falta de ar.
9. Estou ciente que, na presença desses sintomas ou de situação fora do normal, tais como dor, febre, sangramento, o paciente deve buscar atendimento médico imediato, de preferência, junto ao serviço hospitalar mais próximo, para realização de RX de tórax e, se necessário, colocação de dreno de tórax;
10. Fui informado que todo procedimento médico representa risco de perda de vida, em maior ou menor grau, conforme a literatura médica, bem como que em todo procedimento pode ocorrer fato imprevisível ou de força maior,

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO DE BRONCOSCOPIA / NASOFIBROSCOPIA / FIBROBRONCOSCOPIA

independentemente da técnica empregada ou da vontade dos profissionais envolvidos durante ou após o ato médico. Há riscos, inclusive, de contrair infecção e de morte por sepse (infecção aguda no sangue);

11. Declaro que este procedimento me foi explicado de forma clara pelo médico e sua equipe, tendo sido orientado quanto aos seus benefícios, os riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis, inclusive, a opção de não realização;
12. Fui informado que o ato médico em questão trata-se de obrigação de meio, motivo pelo qual não há garantia de obtenção de cura ou do resultado esperado. Além disso, fui informado que, independentemente da técnica e do zelo empregado pelos profissionais envolvidos no ato, podem surgir circunstâncias complicadas e agudas que podem evoluir, inclusive, para o óbito do paciente. Fui informado e compreendi que a prática médica não é uma ciência exata e que não podem ser dadas quaisquer garantias, por isso, os riscos do ato médico estão sempre presentes, em menor ou maior grau de probabilidade de ocorrência, conforme previsto na literatura médica;
13. Se por acaso a evolução do quadro de saúde colocar a vida do paciente em risco, desde já ficam autorizados os membros da equipe a adotar os procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis ao caso na tentativa de afastar o perigo à vida, inclusive podendo suspender, complementar ou modificar o ato médico originalmente proposto, a critério do julgamento técnico dos profissionais envolvidos. Assim, também autorizo a realização de anestesia geral e transfusão de sangue, se for necessário para afastar risco de perda da vida, conforme julgamento técnico do médico;
14. Estou ciente que após a alta hospitalar devo evitar a realização de esforço físico até ter liberação expressa para isso por parte do meu médico assistente, ciente que a não observância disso poderá acarretar agravo de saúde ou comprometimento do resultado do tratamento.
15. Este procedimento me foi explicado de forma clara pelo médico e sua equipe, recebendo orientação quanto aos benefícios, riscos e alternativas, oportunidades na qual pude fazer perguntas e obter respostas. Satisfeito com as informações recebidas e de acordo com as condições, AUTORIZO a execução do procedimento e assumo os riscos inerentes deste, conforme as condições descritas.

Sapiranga, _____ de _____ de 20____.

Nome completo do Paciente ou Responsável***:	
Assinatura:	CPF:

***Quando o paciente for menor de 18 anos, possuir responsável legal ou não estiver em condições de discernir e/ou assinar este documento.

Campo abaixo para uso do **Médico responsável** pela aplicação do termo de consentimento informado:

Confirmo que expliquei o diagnóstico e todo o procedimento, exame e/ou tratamento a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas. De acordo com meu entendimento, paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.
Assinatura e carimbo do médico: