

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) GASTROSTOMIA	Padrão nº: FOR.GOV.C.006
		Página 1 de 5

Este Termo de Consentimento Informado tem por objetivo informar ao paciente e/ou ao seu responsável/representante legal, quanto aos principais aspectos (definição, objetivos, benefícios, riscos, efeitos colaterais e complicações) do procedimento de **GASTROSTOMIA** a qual o paciente será submetido pela equipe médica do Hospital Unimed em Petrolina - HUP. Ressalta ainda que, caso o paciente seja menor de 18 anos, portador de doença física ou mental que comprometam o entendimento, pessoa inconsciente ou severamente debilitada, a responsabilidade de autorização será do familiar responsável(pai,mãe) ou responsável legal.

Definição: é uma cirurgia realizada para a colocação de um pequeno tubo flexível, conhecido como sonda, através da pele da barriga diretamente até o estômago, para permitir a alimentação e fornecimento de nutrientes nos casos em que a pessoa não consegue se alimentar pela boca ou que a manutenção da via natural não é a indicada para o contexto clínico do paciente. A gastrostomia é reversível, uma vez que havendo condições clínicas, a cânula poderá ser retirada e o orifício será ocluído após a cicatrização

Objetivo: permitir a alimentação e o fornecimento de nutrientes a pacientes que não conseguem ingerir alimentos pela boca por meio de uma sonda conectando o meio externo diretamente ao estômago. **Como é feito?** A gastrostomia endoscópica percutânea é um dos métodos mais comuns e é realizada com o paciente sob sedoanalgesia. O paciente será submetido a um procedimento endoscópico, por meio de um tubo fino e flexível com uma câmera, através da boca até o estômago. O médico enche o estômago com ar para torná-lo maior e empurrar a parede do estômago mais perto da parede abdominal. O passo seguinte é guiar uma agulha e fio através da pele e parede abdominal até o estômago. Após, haverá a fixação de um tubo de plástico ao fio e o puxá-lo através da boca até o estômago. O médico fixa o tubo de dentro do estômago e na pele do paciente. O procedimento dura de uma a três horas e o paciente pode ir para casa no mesmo dia ou no seguinte. A alimentação pode ser iniciada através da sonda poucas horas após o procedimento. A sonda pode durar até um ano e meio, mas pode ser necessário retirá-la ou trocá-la antes desse tempo.

Indicações do procedimento: As principais indicações são:

- Quando as vias respiratórias estão obstruídas em função de tumores de boca, faringe e laringe;
- Após a realização de cirurgias nas vias aéreas superiores, quando há risco de edema, sangramentos e obstruções;
- Após traumas complexos da região da face e pescoço;
- Em pacientes que permaneceram intubados por muitos dias (intubação prolongada);
- Quando há parada cardíaca ou respiratória, na impossibilidade de intubação orotraqueal;
- Mal formações do trato aerodigestivo alto (principalmente na infância, durante a fase de desenvolvimento);
- Em casos de insuficiência respiratória grave.

Benefícios: Permitir mudança na via de alimentação do paciente, possibilitar que complicações ou impossibilidade de alimentação pela via oral sejam superadas.

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) GASTROSTOMIA	Padrão nº: FOR.GOV.C.006
		Página 2 de 5

Riscos e Complicações: A gastrostomia é um procedimento relativamente seguro, mas pode apresentar algumas complicações, tais como:

- Extravasamento de suco gástrico ou dieta;
- Inflamação do óstio da gastrostomia;
- Infecção do óstio da gastrostomia;
- Hemorragia no local da punção.
- Dor local;
- Remoção precoce do cateter;
- Fístula gastrocolocutânea;
- Deslocamento ou obstrução da sonda;
- Peritonite;
- Flebite(dor e inchaço no trajeto da veia punccionada).

O que pode acontecer se não realizar o procedimento: Pode implicar em retardo do tratamento ou em piora clínica.

Cuidados a serem tomados pelo paciente após a realização do procedimento:

- Cuidados com o orifício da sondas
 - Mantenha o local limpo e seco;
 - Lave com água morna e sabão neutro diariamente, secando com gaze;
 - Evite cremes, pomadas ou álcool no local sem orientação médica;
 - Observe sinais de infecção: vermelhidão, dor, secreção ou mau cheiro.
- Alimentação pela sonda
 - Mantenha o paciente sentado ou com a cabeceira elevada durante e após a alimentação (por pelo menos 30 minutos);
 - Administre a dieta lentamente, conforme orientação médica ou nutricional;
 - Lave a sonda com água antes e depois de cada uso para evitar obstruções;
 - Nunca introduza alimentos ou medicamentos sem liberação da equipe de saúde.
- Administração de medicamentos
 - Prefira medicamentos líquidos ou triturados e diluídos em água;
 - Lave a sonda com água entre cada medicação para evitar entupimentos;
 - Nunca misture medicamentos diretamente com a dieta.

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) GASTROSTOMIA	Padrão nº: FOR.GOV.C.006
		Página 3 de 5

- Higiene e segurança
 - Lave bem as mãos antes de qualquer manipulação;
 - Fixe a sonda com fita hipoalergênica para evitar tração acidental;
 - Evite roupas apertadas sobre o local da sonda.
- Sinais de alerta – procure ajuda médica se houver:
 - Febre, dor intensa ou inchaço no local;
 - Vazamento de dieta ou secreção ao redor da sonda;
 - Dificuldade para administrar dieta ou medicamentos;
 - Sonda entupida ou deslocada.

DECLARO QUE:

1. Após a realização da devida avaliação médica fui informado da necessidade e indicação do procedimento denominado gastrostomia;
2. Recebi todas as informações necessárias relacionadas ao procedimento, tais como: definição, como será feito, benefícios, possíveis intercorrências e eventuais complicações. Tudo foi devidamente esclarecido. Todas as minhas perguntas foram detalhadamente respondidas e as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente;
3. Fui esclarecido que, em decorrência de situações ainda não diagnosticadas ou de complicações emergenciais, inesperadas e não discutidas ou previstas, poderá ser necessário procedimento cirúrgico;
4. Tenho consciência que, apesar da evolução da medicina e da perícia do médico, não existe qualquer garantia de resultado do tratamento e que todo tipo de procedimento pode ter complicações inesperadas, risco de sequelas graves, incapacidade permanente e até de morte;
5. Prestei ao médico todas as informações relativas à saúde e hábitos do paciente, presentes e passadas, clínicas e cirúrgicas, inclusive as medicações em uso ou já utilizadas, e fui avisado que qualquer omissão ou informação equivocada poderá trazer graves prejuízos ou comprometer o resultado do tratamento;
6. Estou plenamente informado e satisfeito com as informações recebidas e sei que poderei esclarecer quaisquer novas dúvidas que possam surgir em qualquer fase do tratamento;
7. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento ou parte dele, que especificarei, desistindo do tratamento, desde que não haja risco de vida.

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) GASTROSTOMIA	Padrão nº: FOR.GOV.C.006 Página 4 de 5
---	--	---

Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, **AUTORIZO** a realização de **GASTROSTOMIA**. Afirmando ainda que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do procedimento/tratamento durante a internação hospitalar.

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) GASTROSTOMIA	Padrão nº: FOR.GOV.C.006
		Página 5 de 5

LIDO, COMPREENDIDO, CIENTE E DE ACORDO COM TODO O CONTEÚDO DESTES TERMO,

AUTORIZO EXPRESSAMENTE O PROCEDIMENTO PROPOSTO.

PACIENTE
1. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, 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 até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado. 2. Em havendo necessidade de hemotransfusão sanguínea, qual a sua opção: ☐ ACEITO receber transfusão de sangue e/ou seus derivados, caso a equipe médica considere necessário para meu tratamento, estando ciente dos benefícios, riscos e alternativas explicadas. ☐ RECUSO receber transfusão de sangue e/ou seus derivados, mesmo que isso possa comprometer minha saúde ou colocar minha vida em risco, por motivos pessoais, religiosos ou outros. Declaro estar ciente das possíveis consequências da recusa e assumo total responsabilidade por essa decisão. Paciente: _____ Responsável (Grau de Parentesco): _____ RG: _____ CPF: _____ Assinatura: _____ Petrolina/PE ____/____/____ Hora: ____:____
MÉDICO
Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia 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 pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado. Nome do Médico: _____ Assinatura: _____ Petrolina/PE ____/____/____ Hora: ____:____