

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) TRAQUEOSTOMIA	Padrão nº: FOR.GOV.C.009
		Página 1 de 4

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 **TRAQUEOSTOMIA** a qual o paciente será submetido pela equipe médica do Hospital Unimed em Petrolina. 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: Consiste na abertura cirúrgica da traqueia, com possibilidade de passagem do ar entre o ambiente e os pulmões sem passar pelas vias aéreas superiores. Utiliza-se um dispositivo de metal ou de plástico para proteger e manter o orifício aberto, chamado de cânula de traqueostomia. Pode ser realizada em caráter temporário ou definitivo. A traqueostomia é reversível, uma vez que havendo condições clínicas, a cânula poderá ser retirada e o orifício será ocluído após a cicatrização.

Objetivo: Permitir a passagem do ar entre o ambiente externo e os pulmões sem passar pelas vias aéreas superiores com intuito de garantir a vida. Possibilita ainda a aspiração de secreções pulmonares de forma mais efetiva, modificar a via de ventilação do paciente retirando o tubo orotraqueal e facilitar a retirada do respirador mecânico.

Como é feito? É realizada por médico cirurgião capacitado em ambiente hospitalar com o paciente sob anestesia local ou geral. Existem diversas técnicas para a confecção da traqueostomia, sendo as técnicas aberta e por punção as mais comuns. Na técnica aberta, é feita uma pequena abertura na pele para expor a traqueia e seus anéis de cartilagem. Será realizada uma abertura para que se comunique a luz da traqueia com o ambiente externo. É por essa abertura que se insere a cânula, que geralmente fica fixa ao pescoço através de um colar cervical ou com pontos.

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;
- Malformações do trato aerodigestivo alto (principalmente na infância, durante a fase de desenvolvimento);
- Em casos de insuficiência respiratória grave.

Benefícios: Permitir mudança na via de ventilação do paciente, facilitar a aspiração de secreções pulmonares e facilitar o desmame da ventilação mecânica.

Riscos e Complicações: Pacientes submetidos ao procedimento podem sofrer os seguintes riscos potenciais:

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) TRAQUEOSTOMIA	Padrão nº: FOR.GOV.C.009 Página 2 de 4
---	--	---

Complicações Graves: Lesão do esôfago, lesão do nervo recorrente laríngeo, lesão de estrutura vascular arterial importante do pescoço (carótida, tronco arterial braquicefálico), estenose traqueal, estenose de laringe, parada cardíaca, morte durante o procedimento em decorrência de dificuldade respiratória.

Complicações Intermediárias: Queda importante da oxigenação sanguínea ou pressão arterial durante o procedimento, lesão da parede posterior da traquéia, aspiração de secreções digestivas para o pulmão (broncoaspiração), pneumotórax (ar na pleura), pneumomediastino (ar no mediastino), enfisema de subcutâneo (ar sob a pele), atelectasia (obstrução dos brônquios por coágulos ou secreção), falso trajeto na inserção da cânula.

Complicações Menores: Sangramento pela ferida operatória e infecção na ferida operatória. 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:

- **Higiene**
 - Limpar a cânula regularmente (com técnica adequada e materiais estéreis)
 - Higienizar a pele ao redor do estoma para evitar infecções
- **Manutenção das vias aéreas**
 - Aspirar secreções quando necessário
 - Umidificar o ar inspirado para evitar ressecamento e acúmulo de secreções
- **Comunicação e alimentação**
 - Avaliar com a equipe de saúde a melhor forma de comunicação
 - Verificar quando e como é seguro retomar a alimentação via oral
- **Monitoramento e acompanhamento**
 - Observar sinais de infecção: febre, vermelhidão, secreção com odor
 - Acompanhamento frequente com profissionais de saúde (fonoaudiólogo, fisioterapeuta, enfermagem e médico)
- **Prevenção de obstruções**
 - Nunca deixar a cânula sem tampa ou sem filtro, a menos que indicado
 - Evitar entrada de partículas ou líquidos no orifício da traqueostomia

DECLARO QUE:

1. Após a realização da devida avaliação médica fui informado da necessidade e indicação do procedimento denominado traqueostomia;

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) TRAQUEOSTOMIA	Padrão nº: FOR.GOV.C.009
		Página 3 de 4

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) TRAQUEOSTOMIA	Padrão nº: FOR.GOV.C.009
		Página 4 de 4

LIDO, COMPREENDIDO, CIENTE E DE ACORDO COM TODO O CONTEÚDO DESTES TERMOS, 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: ____:____