

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) TORACOCENTESE	Padrão nº: FOR.GOV.C.024 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 **TORACOCENTESE** 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: É um procedimento médico que consiste na introdução de uma agulha na cavidade pleural para remover fluidos ou ar acumulados.

Objetivo: Pode ser executado com diferentes objetivos:

- Diagnóstico: Coleta de uma pequena quantidade de líquido pleural para análise.
- Alívio: Remoção de um grande volume de líquido pleural para aliviar sintomas.
- Descompressão: Melhora de sintomas em pacientes com pneumotórax hipertensivo até a realização da drenagem torácica.

Como é feito? Realizado de forma estéril, consiste na inserção de uma agulha na cavidade torácica para coletar líquido ou remover um acúmulo excessivo de fluidos.

Indicações do procedimento: Indicado para alívio dos sintomas ou para diagnosticar a causa de um problema pleural.

Benefícios: Alívio causado pelo esvaziamento do líquido pleural e/ou para análise laboratorial/infecciosa do mesmo.

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

- Lesões de pele por atrito na movimentação do paciente;
- Hematomas Superficiais;
- Reações alérgicas às medicações utilizadas. A anafilaxia, que se refere à apresentação mais grave de alergia, ocorre entre 3 a 50 pessoas a cada 100000 (0,003 a 0,05%);
- Flebite, termo que se refere à inflamação da veia, geralmente no local da medicação 1,8%;
- Dor no local da punção (2,7%);
- Pneumotórax (2,5%);
- Dificuldade em inspirar (1,0%) e tosse (0,8 %);
- Reação vaso-vagal, termo que se refere à queda de pressão arterial, tontura, vertigem, durante ou após o procedimento (0,6 %);
- Sangramento (0,2 %);
- Hematoma significativo na parede torácica (0,2%);

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) TORACOCENTESE	Padrão nº: FOR.GOV.C.024 Página 2 de 4
---	--	---

- Edema de reexpansão (0,2 % - achado observado em drenagens com volume superior a 1000 ml);

Alternativas ao procedimento: Realização de procedimento cirúrgico de drenagem torácica.

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

Benefícios: A recanalização bem-sucedida está associada a diversos benefícios clínicos, como melhora da angina, da qualidade de vida e da limitação física, melhora da função ventricular e diminuição da mortalidade quando comparada a pacientes cuja recanalização não foi bem-sucedida.

Cuidados que o paciente deve adotar após a realização do procedimento:

- Repouso relativo nas primeiras horas
- Observação de sintomas - Procurar assistência médica imediata se surgirem sinais como:
 - Falta de ar ou piora da respiração
 - Dor torácica intensa
 - Tosse persistente ou com sangue
 - Febre ou calafrios
- Curativo no local da punção
 - Manter o curativo limpo e seco por, no mínimo, evitando molhar o local nas primeiras 24h (não tomar banho de chuveiro nesse período).
- Evitar viagens ou altitude elevada
- Monitoramento médico
- Retorno ambulatorial conforme orientação médica para avaliação clínica e dos resultados do líquido pleural (se colhido para análise).

DECLARO QUE:

1. Fui informado da necessidade do procedimento em questão, recebi todas as informações necessárias e detalhadas, sendo esclarecido todas as minhas dúvidas de forma satisfatória;

2. Entendo que durante o procedimento poderá ser necessários outros procedimentos inclusive invasivos, tais como monitorização, acesso venoso por veias periféricas e/ou profundas, acessos arteriais, instalação de cateter vesical, intubação traqueal, drenagem torácica;

3. Autorizo outros procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos. Autorizo que o líquido retirado seja encaminhado para exames complementares, possibilitando a elucidação diagnóstica;

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) TORACOCENTESE	Padrão nº: FOR.GOV.C.024
		Página 3 de 4

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, 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) TORACOCENTESE	Padrão nº: FOR.GOV.C.024
		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: ____:____