

## CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE ENTUBAÇÃO TRAQUEAL

PACIENTE: \_\_\_\_\_

Atendimento número: \_\_\_\_\_

Data internação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

MÉDICO responsável pela internação: \_\_\_\_\_/CRM-MG: \_\_\_\_\_

Autorizo o Dr. \_\_\_\_\_ e sua equipe a realizar(em) no paciente acima o procedimento **ENTUBAÇÃO TRAQUEAL**.

**Definição:** é a inserção de um tubo na traqueia .

**Indicação:** manter as vias aéreas p rveas e conectar em um ventilador mecânico.   o procedimento mais comum da Unidade de Terapia Intensiva.

**Complica es:** sangramentos, infec o, hipoxemia.

Declaro ter recebido do médico: \_\_\_\_\_, CRM-MG: \_\_\_\_\_, todas as explica es necessárias e claras quanto   metodologia, riscos, benefícios e alternativas dos procedimentos, exames ou tratamentos listados acima. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Tive acesso ao texto, na íntegra, dos Termos de Consentimento específicos, demonstrados pelo médico abaixo.

Declaro também estar devidamente informado dos riscos presentes aos referidos atos, bem como do surgimento de complica es inerentes ao quadro.

Fui informado de que todos os Termos de Consentimento específicos estão disponíveis, na íntegra, na página do Hospital Mater Dei, [http://www.materdei.com.br/canal\\_medico/consentimento.jsp](http://www.materdei.com.br/canal_medico/consentimento.jsp).

Declaro que entendi adequadamente todas as informa es recebidas. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, e que o médico tem responsabilidade de meios e não de fins. Se, durante o procedimento, o médico assistente tomar conhecimento de condi es que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realiza o de procedimento diverso e ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar as referidas condi es.

Em face dos esclarecimentos prestados, após ter lido e compreendido todas as informa es deste documento, cientificado(a) do procedimento a ser adotado, assim como de suas limita es, informo meu **CONSENTIMENTO** para a realiza o dos procedimentos destacados acima, por indica o do profissional referido e extensivo   sua equipe.

Hora: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura/CRM/carimbo do médico responsável pelo Termo de Consentimento

### DADOS DO RESPONSÁVEL(\*)

Nome completo: \_\_\_\_\_

Endereço completo: \_\_\_\_\_

Documentos Identidade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMENTO INFORMADO NÃO OBTIDO: EMERGÊNCIA

Hora: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Devido ao estado clínico do paciente, em emergência/risco de morte iminente, não foi possível fornecer ao paciente ou ao seu responsável as informa es necessárias para obten o deste Consentimento Informado. Eu realizei e registrei no prontuário os procedimentos necessários e adequados pelas melhores práticas médicas, para melhorar sua situa o clínica.

Assinatura/CRM/carimbo do médico responsável pelo atendimento: \_\_\_\_\_