

## CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE CRICOTIROIDOTOMIA

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

Atendimento número: \_\_\_\_\_

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

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

Autorizo o Dr. \_\_\_\_\_ e sua equipe a realizar(em) no paciente Sr.(a) \_\_\_\_\_, o procedimento de

### CRICOTIROIDOTOMIA.

**Definição:** é um procedimento cirúrgico que atinge as vias aéreas através de uma membrana na região da laringe. Permite aspiração de material obstrutivo da árvore respiratória e restabelece a ventilação de pacientes. É efetuada somente em situações de urgência, sendo um recurso fundamental para garantir a sobrevivência do paciente, uma vez que fornece a possibilidade de abertura das vias aéreas.

**Indicação:** Casos de obstrução da via aérea, quando seria aconselhável a entubação endotraqueal, mas esta é impossível ou com potencial de risco para o paciente.

### Complicações:

Cricotireoidotomia por punção: Ventilação inadequada levando à hipóxia e morte, sangramento importante com possibilidade de aspiração de sangue, perfuração esofágica. hematoma cervical, perfuração da parede traqueal posterior, enfisema subcutâneo e/ou mediastinal e perfuração da tireoide.

Cricotireoidotomia cirúrgica: aspiração (ex: sangue), criação de falso trajeto nos tecidos, estenose de traqueia / edema subglótico, estenose de laringe, hemorragia ou formação de hematoma, ferimento de esôfago, ferimento da traqueia, enfisema de mediastino e paralisia de cordas vocais, podendo levar a rouquidão até permanente.

Declaro ter recebido do médico: \_\_\_\_\_, CRM-MG: \_\_\_\_\_, todas as explicações necessárias e claras quanto à 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 complicações inerentes ao quadro, especialmente \_\_\_\_\_

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 informações 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 condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar as referidas condições.

Em face dos esclarecimentos prestados, após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, cientificado(a) do procedimento a ser adotado, assim como de suas limitações, informo meu **CONSENTIMENTO** para a realização dos procedimentos destacados acima, por indicação do profissional referido e extensivo à sua equipe.

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

Assinatura do paciente / responsável(\*)

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

### DADOS DO RESPONSÁVEL (\*) *No caso de pacientes menores de idade ou que estejam incapacitados de responderem autonomamente*

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, ou de possibilidade de deterioração das funções vitais, não foi possível fornecer ao paciente ou ao seu responsável as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Assim optei, baseado no melhor julgamento clínico, realizei e o registrei no prontuário os procedimentos necessários e adequados pelas melhores práticas médicas, para melhorar sua situação clínica do paciente em questão.

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