|  |  |
| --- | --- |
| **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  Unidade de Pneumologia Infantil – Fibrobroncoscopia  Eu, abaixo assinado, autorizo o(a) Dr.(a)      , equipe médica e assistentes, no Hospital de Clinicas de Porto Alegre, a realizarem o procedimento proposto - Fibrobroncoscopia - como forma de diagnóstico/tratamento para o quadro clínico do(a) meu(minha) filho(a). A equipe médica explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos do procedimento. Foi-me dada oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente.  Sei que este procedimento médico não é isento de riscos, já que além daquelas complicações possíveis durante o procedimento existem outras que podem ocorrer num período imediato ou tardio após a sua realização.  Os possíveis riscos associados a este procedimento me foram esclarecidos, e são os seguintes:   1. Suspensão do procedimento por condições técnicas ou clínicas surgidas imediatamente antes da sua realização. 2. Complicações técnicas durante o procedimento que impeçam a sua realização. 3. Dor e sangramento na via respiratória por um período variável, geralmente pequeno e de curta duração. 4. Dificuldade respiratória devido ao edema (inchaço) ocasionado pela passagem do aparelho. 5. Fuga de ar para dentro da pleura (pneumotórax). 6. Espasmo das vias respiratórias durante o exame, podendo haver necessidade de entubação traqueal. 7. Tosse e rouquidão, geralmente com redução nas primeiras horas após o procedimento. 8. Febre e calafrios, em geral nas primeiras 24 horas após o procedimento. 9. Outros riscos (especificar quando pertinente):      .   Estou ciente de que a lista anterior pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer neste procedimento, mas é a lista de riscos mais comuns.  Fui informado também sobre alternativas terapêuticas ao tratamento proposto.  Reconheço que durante o procedimento médico ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados. Assim sendo, autorizo a equipe médica a executar esses atos e outros procedimentos que sejam considerados necessários e desejáveis. Esta autorização estende-se a todas as condições que necessitarem de tratamento, e que não sejam do conhecimento da equipe médica até o momento em que o procedimento for iniciado.  Autorizo também que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, como parte dos procedimentos necessários para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.  Concordo também com a administração dos anestésicos que sejam considerados necessários. Reconheço que sempre existem riscos para a vida e complicações com a anestesia.  Concordo que, como parte da interpretação e da documentação médica dos resultados deste procedimento, sejam registradas imagens fotográficas e/ou vídeos das regiões das vias aéreas que o médico executante julgar necessário. Autorizo que estas imagens do procedimento e outras de exames complementares, como tomografia computadorizada e ressonância, possam ser utilizadas para fins acadêmicos, incluindo comunicações de casos a estudantes ou residentes e apresentações em eventos científicos, sendo garantido o anonimato do(a) meu(minha) filho(a) e a confidencialidade dos dados. Da mesma forma estou ciente que profissionais devidamente qualificados, nas funções de auditores, peritos médicos oficiais, avaliadores em programas de acreditação ou servidores públicos exercendo atividades regulatórias poderão ter acesso aos dados do prontuário do(a) meu(minha) filho(a), mantendo o compromisso de sigilo destas informações.  Estou ciente que o tratamento não se limita ao procedimento previsto, sendo que deverei retornar ao consultório/hospital com meu(minha) filho(a) nos dias determinados pela equipe médica, bem como informá-la imediatamente sobre possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir.  **CONCLUSÃO**  Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente de que a obrigação do médico é utilizar todos os meios conhecidos na medicina, e disponíveis no local onde se realiza o tratamento, na busca da saúde do paciente. Fico ciente de que eventuais resultados adversos podem ocorrer mesmo com os melhores cuidados técnicos aplicados. Assim, decidi conjuntamente com a equipe médica, que o tratamento proposto acima é a melhor indicação neste momento para o quadro clínico do(a) meu(minha) filho(a). Certifico que este formulário me foi explicado, que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.  Data:      /     /  Nome (em letra de forma) do paciente ou responsável:  Assinatura do paciente (ou responsável):  Grau de parentesco do responsável:  Assinatura e CRM do(a) médico(a):  Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.  O médico deverá registrar a obtenção deste consentimento no Prontuário do Paciente, no item evolução. | |
| POA 11 PB  **TERMO DE CONSENTIMENTO  LIVRE E ESCLARECIDO**  **Unidade de Pneumologia Infantil**  **FIBROBRONCOSCOPIA** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-455 – gráfica hcpa – set23**