TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO SOBRE A LARINGOTRAQUEOSCOPIA EM CRIANÇAS

TCC
ABORL-CCF
Nº 31

Indicado e recomendado pela Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

A Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico Facial recomenda a todos pacientes ou seus responsáveis a serem submetidos ao procedimento de **LARINGOTRAQUEOSCOPIA** que tomem ciência das informações abaixo descritas. De acordo com os princípios da ética profissional, que norteiam a relação médico paciente, o médico deve informá-lo sobre os efeitos e possíveis consequências de qualquer procedimento ou tratamento, respeitando o seu direito de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas. Cabe ao médico privilegiar as escolhas de seus pacientes desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas. O presente documento fornece as informações básicas que todos devem conhecer a respeito de sua doença e do tratamento ora proposto.

Nome do Paciente: _____ Idade: _____

RG: _____ CPF: _____

Grau de escolaridade: _____

Responsável: _____

Nome do Médico: **DONALD TESTE QUITE**

CRM nº: **1234** Estado: SP

Data da realização do procedimento: ____/____/20_____ Data da informação sobre o procedimento: ____/____/20_____

PRINCÍPIOS E INDICAÇÕES:

A laringotraqueoscopia é um procedimento realizado com o objetivo de diagnosticar lesões de laringe e de traqueia responsáveis por sintomas respiratórios, distúrbios da deglutição e/ou alteração da qualidade da voz. Esse procedimento é realizado com o uso de uma óptica rígida que obtém imagem de alta resolução da laringe, traqueia e brônquios.

Os principais motivos para realizar uma laringotraqueoscopia na infância são:

1. Diagnosticar malformações congênitas de via aérea, como estenose laringotraqueal, membranas laríngeas, cistos laríngeos, hemangioma subglótico, linfangioma de laringe, traqueomalacia, broncomalacia, fendas laringotraqueais e fístula traqueoesofágica;
2. Diagnosticar lesões laringotraqueais adquiridas.
3. Exérese (remoção) de tecido de granulação e de papilomas.
4. Infiltração de medicamentos em lesões da mucosa.
5. Dilatação de estenoses subglóticas ou traqueais.

PROCEDIMENTO:

A laringotraqueoscopia é realizada em centro cirúrgico, com anestesia geral.

Todo o procedimento anest□sico □ realizado por m□dico especializado (anestesiologista da equipe do Hospital) e as fun□□es vitais (batimento card□aco, frequ□ncia respirat□ria, n□vel de oxigena□□o do sangue, n□vel de seda□□o, entre outras) s□o continuamente monitorizadas.

Com o uso de um laringoscópio (aparelho posicionado na boca e garganta do paciente, ficando apoiado nos dentes ou gengivas) a óptica rígida acoplada a uma câmera é introduzida até a entrada dos pulmões (brônquios).

Trata-se de um procedimento diagnóstico, ou seja, é impossível prever exatamente quais alterações serão encontradas na laringe e traqueia do paciente. Dependendo dos achados durante o exame, o tratamento pode ser realizado, total ou parcialmente no mesmo momento.

Se for necessário algum procedimento cirúrgico juntamente com a laringotraqueoscopia, conforme mencionado acima, alguns outros instrumentos poderão ser introduzidos pelo laringoscópio, como aspiradores, pinças, tesouras, aparelhos de corte e coagulação, bisturi a laser, balão de dilatação, tubos para dilatação.

EFEITOS ADVERSOS DO PROCEDIMENTO:

Dor: pode ocorrer de maneira leve no pós-operatório, geralmente de fácil controle.

Vômitos: podem ocorrer algumas vezes, no dia da cirurgia ou após. O vômito pode ser constituído de sangue coagulado (escuro).

Redução da sensibilidade da língua e do paladar: podem ocorrer pela necessidade do uso do laringoscópio de suspensão. Geralmente são transitórias, com duração de semanas a meses.

Aftas e machucados na boca e na garganta: também pode ocorrer devido ao contato do laringoscópio ou dos instrumentos. Geralmente melhoram em uma semana

Sangramento: pode ocorrer a saída de sangue pela boca em pequena quantidade nos primeiros dias após a cirurgia.

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO SOBRE A LARINGOTRAQUEOSCOPIA EM CRIANÇAS

Indicado e recomendado pela Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

RISCOS E COMPLICAÇÕES:

Amolecimento, quebra ou perda de dentes: podem ocorrer devido ao posicionamento do laringosc□pio sobre os dentes. □ mais frequente nos casos de dentes amolecidos

Persistência ou piora da rouquidão: em alguns casos pode ocorrer piora da voz devido ao efeito da cicatrização.

Hemorragia: sangramentos intensos são raros, mas podem acontecer nas primeiras horas após a cirurgia, e nos casos de maior volume, indica se nova cirurgia sob anestesia geral.

Necessidade de reoperação: Pode ser necessária reoperação para casos de recidiva da doença ou para correção de alterações decorrentes do procedimento e/ou da cicatrização. Diversas doenças da laringe têm caráter recidivante.

Necessidade de intubação (colocação de um tubo pela boca ou nariz para facilitar a respiração do paciente): isso pode ocorrer devido a algumas doenças obstrutivas de vias aéreas apresentarem algum grau de edema (inchaço) da lesão após o procedimento. A intubação pode ser necessária por algumas horas ou dias após o procedimento. O tubo é retirado após a melhora do edema.

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

A mobilidade do paciente geralmente não se altera e não há necessidade de cuidadores para as necessidades básicas;
A alta hospitalar pode acontecer no mesmo dia ou no dia seguinte ao procedimento, na maioria dos casos.

CONCLUSÃO

Considero suficientes as informações e esclarecimentos prestados pelo médico assistente, inclusive quanto a alternativas diagnósticas e terapêuticas, para minha tomada de decisão quanto a submeter-me à cirurgia ora proposta, e a todos os procedimentos que a incluem, inclusive anestesias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais da saúde.

Estou também ciente quanto à necessidade de respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas pelo(a) médico(a), pois a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o médico a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o mesmo autorizado a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas que possam ocorrer, segundo seu julgamento, com o compromisso de me informar tais modificações no primeiro momento possível, salvo os casos de exceção previstos nos ordenamentos vigentes.

Desta forma, levando em conta todas as informações prestadas, tendo as minhas dúvidas e questões devidamente esclarecidas, tomo a decisão de submeter-me ao procedimento ora proposto.

Declaro que li o texto acima e que os procedimentos propostos foram devidamente explicados quanto aos seus benefícios, riscos, complicações e métodos terapêuticos alternativos possíveis.

SIM: __ NÃO: __

Tive a oportunidade de fazer perguntas, respondidas satisfatoriamente, em linguagem compreensível.

SIM: __ NÃO: __

Cidade: _____ Estado: _____ Data: ____ de _____ de 20____

Assinatura do paciente (ou responsável): _____