



TERMO DE CONSENTIMENTO BRONCOSCOPIA

CONSENTIMENTO INFORMADO

Por este instrumento particular o (a) paciente _____ ou seu responsável, Sr.(a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (ã) médico(a) assistente, Dr. David Lopes Lima Cavalcanti Coelho, inscrito(a) no 16194 PE ou 24431 BA para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o exame diagnóstico endoscópico designado “**BRONCOSCOPIA (RÍGIDA E FLEXÍVEL)**”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

Declara, outrossim, que o referido(a) médico(a), atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o exame diagnóstico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no exame sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO: exame realizado pelo aparelho chamado broncoscópio e consiste no exame interno dos brônquios e eventual biópsia (retirada de fragmento) de tumor ou fragmento pulmonar.

COMPLICAÇÕES:

1. Epistaxe (sangramento nasal)
2. Arritmias
3. Febre
4. Insuficiência respiratória
5. Pneumonia
6. Bradicardia
7. Síncope (desmaios)
8. Broncoespasmo (chio de peito levando a insuficiência respiratória)
9. Depressão respiratória
10. Hipotensão (pressão baixa)
11. Reação alérgica

12. Náuseas e vômitos
13. Parada cardíaca e/ou respiratória
14. Convulsões
15. Rouquidão
16. Confusão mental
17. Infarto do miocárdio (coração)
18. Perfuração do pulmão, brônquio ou esôfago(pneumotórax e/ou mediastinite)
19. Hemorragias
20. Embolia gasosa
21. Infecção generalizada
22. Necessidade de novo exame/ amostra não diagnóstica
23. Hemoptise (escarro com sangue)
24. Óbito

Declara, 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(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns

RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Juazeiro (Bahia), {data}

Assinatura do(a) paciente
RG _____
Nome _____

Assinatura do(a) responsável pelo paciente
RG _____
Nome _____

Assinatura do(a) médico (a)
RG _____
Nome _____