



CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS PLEURAI

(TORACOCENTESE DIAGNÓSTICA OU EVACUADORA, COLOCAÇÃO DE DRENO TORÁCICO OU CATETER PLEURAL TUNELIZADO, COM OU SEM PLEURODESE, E BIÓPSIA PLEURAL)

INFORMAÇÃO SOBRE OS PROCEDIMENTOS:

Toracocentese diagnóstica: consiste na introdução de uma pequena agulha no espaço pleural (espaço entre o pulmão e a parede torácica), com o objetivo de obter líquido pleural para análise. Este procedimento é realizado com anestesia local, e pode fornecer informações relevantes para o diagnóstico ou acompanhamento da doença, muitas vezes não obtidas por outros exames, podendo influenciar significativamente o tratamento e o prognóstico.

Toracocentese evacuadora: visa remover o excesso de líquido acumulado no espaço pleural através da colocação de um cateter fino, o que pode melhorar a respiração e o conforto do doente.

Biópsia pleural: Em algumas situações, pode ser indicada a realização de biópsia pleural, também realizada sob anestesia local, que consiste na retirada de pequenos fragmentos de pleura (membrana que reveste os pulmões), para análise.

Colocação de dreno torácico: Em determinadas circunstâncias, pode ser necessário introduzir um dreno no espaço pleural. Este procedimento é feito com anestesia local e o dreno é fixado à parede torácica com pontos de sutura, ficando ligado a um sistema de drenagem externa durante alguns dias. Em certos casos, a necessidade de colocação do dreno pode surgir imediatamente após uma toracocentese.

Colocação de cateter pleural tunelizado: Em circunstâncias de derrames pleurais com diagnóstico conhecido, recidivantes, pode ser considerada a colocação de um cateter pleural de longa duração, subcutâneo, que permite alta para ambulatório e drenagens subsequentes sem necessidade de nova punção. Este procedimento é feito com anestesia local e o dreno é fixado à parede torácica, ficando subcutâneo, com extremidade coberto com penso impermeável sob o cateter.

RISCOS ASSOCIADOS AOS PROCEDIMENTOS (são referidos os mais frequentes, mas podem existir outros):

A maioria dos procedimentos pleurais é realizada com segurança e sem complicações graves, porém, como em qualquer procedimento médico, existem riscos. As complicações mais frequentes incluem tosse durante o procedimento e dor no local da punção após o procedimento, que geralmente é controlada com medicação analgésica. Também foram descritos episódios de desmaio durante o procedimento. Em alguns casos, pode acumular-se ar sob a pele (enfisema subcutâneo) ou no espaço pleural, sendo que esta última situação pode exigir a colocação de um dreno torácico. Existe risco de infeção no local da punção, ocorrendo em cerca de 5% dos casos, e, em menos de 1%, pode ocorrer sangramento no espaço pleural. A morte como complicação destes procedimentos é muito rara.



RECOMENDAÇÕES:

Para reduzir os riscos e garantir a segurança do procedimento, é fundamental que o doente siga rigorosamente as orientações para a preparação e execução do exame. Deve informar o médico caso esteja a utilizar medicamentos anticoagulantes (como Varfarina, Acenocumarol, Dabigatrano, Rivaroxabano, Apixabano, Edoxabano, entre outros) ou antiagregantes plaquetares (como Ácido Acetilsalicílico, Ticlopidina, Clopidogrel ou outros).



Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada de decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados, mantendo a assistência necessária à situação de saúde que apresenta.

Local _____ Data ____/____/____

Nome elegível do médico _____

Assinatura e número da cédula profissional _____

Declaro ter compreendido os objetivos do que me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haveria prejuízo para os meus direitos assistenciais caso eu recuse esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Local _____ Data ____/____/____

Nome completo elegível _____

Assinatura _____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR (por idade ou incapacidade)

Nome _____

Nº documento identificação _____ Data ou validade ____/____/____

Grau de parentesco ou tipo de representação _____

Assinatura _____

Nota: Este documento é feito em duas vias, uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.