



CONSENTIMENTO INFORMADO PARA BRONCOFIBROSCOPIA

(COM OU SEM BIÓPSIA BRÔNQUICA)

INFORMAÇÃO SOBRE O PROCEDIMENTO:

Broncofibroscopia: consiste na introdução de um tubo flexível, equipado com luz e câmara de vídeo, através do nariz ou da boca, permitindo a visualização direta do interior das vias aéreas. Em alguns casos, pode ser necessária a obtenção de biópsias, procedimento realizado pela introdução de uma pinça para recolher pequenos fragmentos do tecido das vias aéreas. A duração do exame é variável, podendo durar desde alguns minutos até 1 a 2 horas, dependendo das circunstâncias individuais de cada doente. O procedimento é realizado sob anestesia tópica e sedação ou anestesia geral.

RISCOS ASSOCIADOS AO PROCEDIMENTO (são referidos os mais frequentes, mas podem existir outros):

A maioria das broncofibroscopias é realizada com segurança e sem complicações graves, porém, como em qualquer procedimento médico, existem riscos. As complicações mais frequentes incluem desconforto na garganta, tosse e rouquidão, que podem persistir por alguns dias. Em alguns doentes, pode ocorrer hemorragia das vias aéreas, geralmente em pequena quantidade e de fácil controlo, podendo em raros casos exigir procedimentos avançados ou entubação. Pode também surgir dificuldade respiratória durante ou após o procedimento, sendo por vezes necessário administrar oxigénio suplementar após o exame ou medicação para alívio dos sintomas. Arritmias cardíacas são raras. A saída de ar do pulmão para o espaço pleural (pneumotórax) com consequente colapso pulmonar, é uma complicação rara, mas que pode ocorrer sobretudo quando realizadas biópsias brônquicas distais ou escovado brônquico. Em casos extremamente raros, estão descritos óbitos relacionados com complicações da broncofibroscopia (incidência inferior a 0.01%).

RECOMENDAÇÕES:

Para reduzir os riscos e garantir a segurança do procedimento, é fundamental que o doente siga rigorosamente as orientações médicas para a preparação do exame, nomeadamente o jejum de 8 horas. Deve informar o médico caso esteja a utilizar medicamentos anticoagulantes (como Varfarina, Acenocumamol, Dabigatran, 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.