



CONSENTIMENTO INFORMADO PARA EBUS – ECOGRAFIA ENDOBRÔNQUICA

(COM OU SEM BIÓPSIA)

INFORMAÇÃO SOBRE O PROCEDIMENTO:

EBUS (Ecoendoscopia endobrônquica): consiste na introdução de um tubo flexível, equipado com luz, câmara de vídeo e um aparelho de ecografia, pela via aérea, permitindo a visualização direta do interior da traqueia e brônquios e das estruturas ao seu redor (como é o caso dos gânglios linfáticos e possíveis lesões).

Por norma, o exame é realizado com obtenção de biópsias (punção aspirativa por agulha ou biópsia guiada por ecografia) que se enviam para análise.

Este procedimento pode fornecer informações relevantes para o diagnóstico ou acompanhamento da doença, podendo influenciar significativamente o tratamento e o prognóstico. A duração do exame é variável, podendo durar cerca de 1-2 horas, dependendo das circunstâncias individuais de cada doente. O procedimento é habitualmente realizado sob anestesia geral, com máscara laríngea e ventilação.

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

O EBUS é, na maioria das vezes, um exame seguro e sem complicações graves, porém, como em qualquer procedimento médico, existem riscos.

As complicações mais frequentes incluem desconforto na garganta, tosse e rouquidão, que pode persistir por alguns dias, e febre auto-limitada. Em alguns doentes, pode ocorrer hemorragia das vias aéreas, geralmente em pequena quantidade e de fácil controlo. Pode também surgir dificuldade respiratória durante ou após o procedimento, sendo por vezes necessário administrar oxigénio suplementar ou medicação para alívio dos sintomas.

Reações à anestesia podem ocorrer, variando desde sintomas leves como náuseas, vómitos e tonturas até, raramente, reações alérgicas graves. A saída de ar do pulmão para o espaço pleural (pneumotórax) com consequente colapso pulmonar, é uma complicação rara. Arritmias cardíacas são raras. Em casos extremamente raros, estão descritos óbitos relacionados com complicações do EBUS (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, 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.