

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) REALIZAÇÃO DE TESTES DE TRIAGEM EM RECÉM-NASCIDOS - TESTE PEATE OU BERA	Preencher quando não houver etiqueta	
		Paciente:	
		Data de Nascimento:	
		Prontuário:	

Descrição do Procedimento / Objetivos / Riscos e Benefícios

O QUE SÃO OS TESTES DE TRIAGEM NEONATAL? São exames realizados nos recém-nascidos (RN) para detectar precocemente doenças ou alterações que, não fosse pelos testes, somente seriam realizadas quando a criança apresentasse sintomas das doenças, podendo ser tarde para tratar. Os testes para triagem de audição são importantes pois a cada mil bebês que nascem, 3 tem uma alteração da audição.

TESTE PEATE OU BERA

Enquanto do teste da orelhinha (EOA) avalia apenas a integridade da via auditiva PRÉ-NEURAL, isto é, a parte mais externa do ouvido, o PEATE (potencial evocado acústico em tronco encefálico), também conhecido como BERA (do inglês: Brainstem Evoked Response Audiometry) é considerado o padrão-ouro para avaliação da audição, pois avalia todo o percurso do som, desde que entra no ouvido até o tronco encefálico, através do registro da atividade elétrica que ocorre neste trajeto. Assim, ele analisa a integridade das vias auditivas nervosas responsáveis pela condução das informações sonoras até o cérebro. Diante da maior capacidade de avaliar a via NEURAL (neurossensorial) que é a mais acometida diante de estresse relacionado aos RN de alto risco, estará indicado para todo RN com alto risco de perda auditiva relatados na primeira pergunta deste protocolo. Existem também várias indicações técnicas conforme o resultado dos exames EOA que podem indicar o PEATE, mesmo em recém-nascidos de baixo risco (ex.: presença de onda V a 30 dBNA, falha no segundo teste da orelhinha, etc.). O teste realizado no HMSH é o automático (PEATE-A), ponde ser necessário realização de exame diagnóstico posteriormente se alterado.

POR QUE ESTE EXAME ESTÁ SENDO SOLICITADO PARA MEU FILHO(A)?

O exame está indicado como triagem inicial de todo RN com algum dos critérios de ALTO RISCO de perda auditiva a seguir:

- () o bebê permaneceu por mais de 5 dias em UTI neonatal, que é ambiente propício para perda auditiva devido uso de equipamentos e medicamentos ototóxicos;
- () necessitou uso de ventilador mecânico em UTIN;
- () peso ao nascimento < a 1500 g e/ ou PIG (pequeno para a idade gestacional);
- () uso de ototóxicos (antibióticos como aminoglicosídeos, vancomicina, furosemida, etc);
- () RNs com histórico familiar de deficiência auditiva congênita () pais consanguíneos;
- () apresenta história de infecções congêntas tais como Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovirus, Herpes e infecção por HIV (TORCSH);
- () anomalias crânio-faciais, incluindo de pavilhão auricular e meato acústico externo;
- () hiperbilirrubinemia no nível de exsangüineotransfusão;
- () meningite bacteriana ou viral;
- () asfixia neonatal (Apgar < 5 no primeiro minuto ou < 7 no quinto minuto);
- () alcoolismo materno e/ou uso de drogas;
- () convulsões neonatais; () hemorragia ventricular/ HPIV;
- () RN que ficaram em CEC (circulação extra-corpórea para cirurgia cardíaca) ou ECMO
- () síndromes ou desordens neurodegenerativas (ataxia de Friedreich, Charcot-Marie-Tooth)
- () síndromes associadas a perda auditiva: Waardenburg, Alport, Pendred, etc.
- () traumatismo craniano; () otites médias recorrentes / persistentes;

QUAIS OS RISCOS E BENEFÍCIOS RELACIONADOS AO EXAME?

O benefício é o diagnóstico precoce da perda auditiva, podendo ser encaminhado para avaliação especializada precocemente e iniciar tratamento o mais precocemente possível (antes dos 6 meses) de forma a evitar os danos causados na linguagem pelo atraso no diagnóstico e tratamento. O exame é indolor e não há riscos relacionados.

DEVE SER ASSINADO PELO MÉDICO QUE INDICOU O EXAME

Declaro que a indicação segue o protocolo nacional de triagem auditiva:

Aracaju, ____/____/20____.

Assinatura e carimbo do pediatra que indicou

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) REALIZAÇÃO DE TESTES DE TRIAGEM EM RECÉM-NASCIDOS - TESTE PEATE OU BERA	Preencher quando não houver etiqueta	
		Paciente:	
		Data de Nascimento:	
		Prontuário:	

DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Assim, declaro que **fui claramente informado(a) a respeito dos benefícios e riscos do exame PEATE-A/BERA**. Estou ciente de que posso suspender meu consentimento a qualquer momento, sem que este fato implique qualquer forma de constrangimento entre mim e o médico responsável.

Entendo que apesar da recomendação legal de que os testes de triagem sejam realizados o mais precocemente possível, para alguns exames não há cobertura durante o internamento ou quando há cobertura o valor repassado não cobre os custos mínimos para realização do exame.

A - () Declaro que para minha comodidade e também do recém-nascido, assim como pela garantia na qualidade técnica apresentada e por adiantar o diagnóstico de déficit auditivo, acelerando o tratamento, opto por autorizar a realização do exame PEATE-A/BERA no HMSH e me comprometo a fazer o pagamento em caráter particular no valor de R\$ 400,00 (quatrocentos reais).

Assinatura do responsável

B – () Entendo que apesar da recomendação legal de que os testes de triagem sejam realizados o mais precocemente possível, poderei levar meu filho para realização dos exames não autorizados abaixo citados na rede conveniada o mais brevemente possível após a alta, assumindo a responsabilidade e informando portanto que **NÃO AUTORIZO REALIZAÇÃO** do exame PEATE-A/BERA no HMSH

Assinatura do responsável

DEVE SER ASSINADO PELO ENFERMEIRO QUE APLICOU O TERMO
--

Declaro que expliquei de forma clara e objetiva sobre os teste PEATE-A/BERA e ao meu ver não há dúvidas por parte dos responsáveis pelo paciente.

Aracaju, ____/____/20____.

Assinatura e carimbo do Técnico ou Auxiliar de Enfermagem

Assinatura e carimbo do Enfermeiro (se aplicado por técnico)