

Termo de consentimento livre e esclarecido
Para realização de Bloqueio

O presente Termo de Consentimento Informado e Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou seu responsável quanto aos principais aspectos relacionados ao Procedimento Invasivo: _____, que tem por finalidade TRATAR QUADRO ALGICO SEJA TOTAL OU PARCIALMENTE, fazendo parte de um arsenal terapêutico multiprofissional e complementar.

O espaço a seguir deve ser preenchido pelo paciente ou responsável

Eu, _____, documento de identificação n.º _____.

Declaro que:

1. Fui informado sobre o procedimento e a possibilidade das seguintes complicações:

- a) Dor, amortecimento, inchaço, vermelhidão, infecção, sangramento ou hematoma nos locais da punção.
- b) Complicações neurológicas transitórias ou permanentes (alterações táteis, formigamento, perda de sensibilidade, dor, deficit motor etc).
- c) Intoxicação por anestésico local (tontura, zumbido, arritmia cardíaca, convulsões).
- d) Outras complicações mais raras, mas que também estão descritas na literatura médica podem ocorrer.

2. Informei aos médicos responsáveis pelo procedimento sobre os medicamentos que estão sendo administrados.

3. Recebi informações quanto à manutenção das medicações e jejum necessário antes do procedimento.

4. Estou ciente de que para realizar o procedimento acima especificado poderá demandar sedação.

5. Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas de tratamento. Também fui informado sobre os riscos e benefícios de não realizar o tratamento proposto.

6. Recebi explicações, li, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido. Tive a oportunidade de fazer perguntas e estas foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento autorizo a realização do procedimento proposto.

7. Estou ciente que o médico fará o melhor de si para alcançar o sucesso no procedimento, porém não pode assegurar o êxito.

8. Por livre iniciativa aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento.

9. Consinto, portanto, ao médico aqui identificado a realizar o procedimento e permito que utilize o seu próprio julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o tratamento.

Termo de consentimento livre e esclarecido
Para realização de Bloqueio

10. Autorizo a realização de filmagem /fotografia do procedimento (preservando a identidade do paciente), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro.

11. Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar, por escrito, este consentimento antes que o procedimento, objeto deste documento, se realize.

Florianópolis/SC, _____ de _____ de 20____.

Assinatura: _____

Testemunhas:

Assinatura: _____

Nome: _____

CPF n. °: _____

O espaço a seguir deve ser preenchido pelo médico.

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e responsável pelo mesmo, o propósito, benefícios, riscos e as alternativas para tratamento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Florianópolis/SC, _____ de _____ de 20____.

Hora: _____

Assinatura e carimbo: _____