

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Clínica da Dor)

Procedimento:

Identificação do Paciente ("Paciente")

Nome: _____
Data de Nascimento: ____/____/_____
CPF:: _____
RG: _____

Identificação do Responsável: (No caso de Paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado):

Nome do Responsável: _____
CPF: _____
RG: _____

Por este instrumento particular, declaro, para todos os fins de direito que, em especial para fins do disposto nos artigos 6º, III e 39, VI, ambos da Lei 8.078/90 do Código de Defesa do Consumidor, **que, sem qualquer vício de vontade ou consentimento, dá total autorização** ao médico para proceder às investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o Procedimento Cirúrgico designado _____, a ser realizado no Hospital Nossa Senhora das Dores, Itabira - MG.

Assim sendo, declaro que o Médico, atendendo ao que determinam os artigos 22 e 34 da Resolução CFM no. 1.931/09 do Código de Ética Médica e após a apresentação de métodos médicos alternativos, sugeriu o Procedimento (anteriormente citado), prestando as informações detalhadas sobre o estado de saúde do Paciente, diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e autorizados, em especial as que seguem abaixo:

DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO: Bloqueio percutâneo através de punção por agulha com infusão de drogas de efeito anestésico e/ou antiinflamatório guiada por radioscopia ou ultrassonografia

RISCOS, COMPLICAÇÕES: Formação de hematomas superficiais que comprimam nervos ou estruturas vasculares causando síndromes vasculares e neuropáticas. Podem surgir ou agravar-se síndromes disestésicas caracterizadas por queimação, formigamento, fincadas ou hipoestesia de caráter transitório, prolongado ou definitivo. Ocasionalmente o trasbordamento anestésico para as raízes de nervos espinhais pode causar paralisia ou anestesia de caráter transitório.

BENEFÍCIOS: Tratamento e melhora da qualidade de vida

Estou ciente que além dos riscos e complicações descritas acima, em procedimentos médicos invasivos como o proposto, pode haver também risco de morte.

Declaro que:

Tive oportunidade de livremente perguntar todas as dúvidas e que recebi todas as respostas da equipe médica, a qual me esclareceu todas as dúvidas relativas ao Procedimento e as operações a qual o paciente será submetido, exceto em casos emergenciais.

Tendo sido informado acerca dos tratamentos alternativos acima, opto livremente pela realização do Procedimento, ainda que ele apresente os riscos e possíveis complicações riscos apresentados acima e suas possíveis complicações, sendo algumas delas, por vezes, imprevisíveis.

Declaro também estar ciente de que o Procedimento não implica necessariamente na cura, e que a evolução da doença e o tratamento poderão eventualmente modificar condutas inicialmente propostas.

Caso aconteça alguma intercorrência, serei avaliado e acompanhado pelo Médico, de tal modo que autorizo a realização de outro procedimento, ainda que invasivo, inclusive terapias alternativas, exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos, sendo tal autorização necessária para afastar os riscos prejudiciais à minha saúde e à vida.

Para realizar o procedimento proposto, será necessária a aplicação de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesiológico; e que estou ciente também que os riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico.

Declaro esta ciente que poderá ser necessária a administração de sangue e seus componentes. A transfusão de sangue e hemocomponentes é o procedimento pelo qual ocorre a transferência de certa quantidade de sangue ou de alguns de seus componentes (concentrado de hemácias, plasma fresco, plaquetas ou crioprecipitado etc), de um indivíduo-doador para o Paciente-receptor. Apesar dos hemocomponentes serem preparados e testados de acordo com normas rígidas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), complementadas por normas internacionais de transfusão, existe a possibilidade de ocorrerem reações adversas à transfusão. As reações poderão ser leves ou graves, imediatas ou tardias, apresentando sintomas como náuseas, febre, sudorese, calafrios, ou ainda dispnéia, e serem classificadas como reações alérgicas, reações febris não hemolíticas, hemolíticas agudas, lesão pulmonar aguda associada à transfusão, hipotensão, sobrecarga volêmica, contaminação bacteriana, doenças infecciosas, dentre outras. Mesmo com a observância e realização de todos os exames sorológicos previstos em lei para garantir a segurança transfusional, existe o risco de a transfusão transmitir doenças infecciosas (tais como hepatite B e C, HIV, Chagas, Sífilis).

Para a realização do procedimento será necessário realizar o posicionamento cirúrgico específico e em alguns casos a utilização de fixadores que são de extrema importância para que o cirurgião consiga realizar a técnica cirúrgica. Devido à impossibilidade de mobilização do paciente e a utilização de fixadores, durante o procedimento podem ocorrer lesões/hematomas nas superfícies corpóreas que fiquem sobre pressão. Com objetivo de minimizar os riscos de lesão, a Instituição realiza a proteção de proeminências ósseas, disponibiliza colchonetes com densidade apropriada, dentre outros dispositivos, e, quando possível, a mobilização corpórea.

Em decorrência da manipulação cirúrgica de órgãos e tecidos após o procedimento, o paciente poderá apresentar incômodos dolorosos e, caso necessário, após avaliação clínica e desejo do paciente, poderão ser administrados fármacos para controle dor.

Os registros fotográficos da pele ou lesões, caso ocorram, são autorizados e ficarão limitados aos profissionais de saúde da instituição.

Autorizo que qualquer tecido seja removido cirurgicamente e que seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

Autorizo a realização de filmagens/fotografias e, caso necessário, a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a)/cirurgião(ã)-dentista, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro, assegurando o pleno sigilo de minha identidade.

Estou ciente de que poderei revogar o presente termo de consentimento a qualquer momento, bastando para tanto que comunique minha decisão ao (a) meu/minha médico(a) e assine a revogação, no momento da declaração da vontade de não realização do procedimento acima proposto.

Certifico que li este termo, o que foi explicado para mim, pelo médico e sua equipe, de forma clara, objetiva e em linguagem compreensível ao leigo em medicina e que compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido. Tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais me foram respondidas de forma igualmente compreensível, não restando assim nenhuma dúvida adicional.

Pleno deste entendimento, **autorizo a realização do Procedimento proposto e dos demais procedimentos aqui estabelecidos.**

Itabira, ____ de _____ de ____

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável

Confirmo que expliquei detalhadamente ao(à) Paciente ou ao(à) Responsável, o propósito, os riscos, os benefícios, os prognósticos e as alternativas para o(s) Procedimento acima descrito.

Assinatura do Médico Assistente e carimbo