

Termo de Consentimento Clínica da Dor Bloqueio Venoso

Paciente: _____ Sexo: _____
Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____
Convênio: _____
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

Por este instrumento, eu, _____, declaro que:

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado (a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte alteração e/ou diagnóstico:

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

BLOQUEIO VENOSO

que consiste na aplicação de anestésico local por via venosa, por tempo definido, em bomba de infusão associado ou não a outras medicações.

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

O procedimento é realizado por um profissional especializado no tratamento da dor (Algologista), e depois de um período curto de observação é possível receber alta para casa com segurança.

O procedimento é seguro e normalmente bem tolerado, mas podem ocorrer efeitos colaterais que podem ser leves como náusea e vômitos, coceira ou prurido, dormência na língua e boca, sonolência, tontura, gosto metálico, visão borrada, analgesia insuficiente, até complicações mais graves como alteração do ritmo cardíaco e respiratório, infecção, hemorragia e alteração da pressão arterial. Essas complicações geralmente não trazem maiores repercussões clínicas e são controladas rapidamente com a interrupção da infusão. Reações alérgicas graves, arritmias cardíacas e redução da oxigenação são complicações muito raras, mas podem, ocasionalmente, levar a necessidade de internação hospitalar.

Estou ciente que o tratamento da dor crônica consiste em um conjunto de medidas que incluem medicamentos orais, tópicos, exercícios específicos entre outros. O bloqueio venoso é indicado quando ele representa a melhor opção entre as terapias existentes e/ou quando as outras formas de tratamentos não atingiram resultados satisfatórios. Entendi que a não realização do procedimento pode resultar na persistência ou piora dos meus sintomas de dor.

Recebi as informações necessárias quanto às indicações do tratamento da dor crônica apresentada, bem como os riscos inerentes, os benefícios e as probabilidades de êxito deste procedimento;

Compreendi que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independente do medicamento utilizado e da eficiência dos cuidados médicos e que este tratamento faz parte de um conjunto de medidas portanto pode estar associada a outras estratégias como medicamentos orais, tópicos, terapias adjuvantes ou exercícios específicos quando indicado.

Entendi que a qualquer momento durante o tratamento poderei desistir da terapêutica proposta sem prejuízo ao meu acompanhamento.

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, entendo os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o procedimento seja realizada 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.

Esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) cadastrados nesse serviço.

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao procedimento, após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura.

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 este consentimento antes que o procedimento, objeto deste documento, se realize.

Salvador, ____ de _____ de 20 ____ : ____ (hh:min)
<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Responsável
Nome: _____ RG: _____
Assinatura: _____ Parentesco _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento /procedimento acima descrito, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Salvador, ____ de _____ de 20 ____ : ____ (hh:min)
Nome do médico _____ CRM: _____
Assinatura: _____