

# Termo de Ciência e Consentimento

## BLOQUEIO PERIFÉRICO

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NAO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Nome Completo/Social: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
Filiação: \_\_\_\_\_  
Convênio: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_

Por este instrumento, eu, \_\_\_\_\_,  
declaro que no dia ..... de ..... de 20....., às ..... : ..... (hh:mm):

## 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 Periférico**

que consiste na injeção de anestésico local próximo ao nervo, levando a perda da sensibilidade dolorosa na área correspondente, diminuição temporária da sensibilidade (dormência) e/ ou dos movimentos de um membro ou área específica.

## 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 complicações leves como dor local, fraqueza, dormência persistente, hematoma no local da injeção, dor residual até problemas mais graves como lesão de vasos sanguíneos, infecção, convulsão, e lesão do nervo. 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 anestésico 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

# Termo de Ciência e Consentimento

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NAO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Nome Completo/Social: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
Filiação: \_\_\_\_\_  
Convênio: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_

## BLOQUEIO PERIFÉRICO

informações necessárias quanto às as 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.

Fui informado da possibilidade de sentir dor durante e após o procedimento, e sobre as medidas adotadas pela instituição para o gerenciamento dessa dor.

Também fui informado(a) sobre as alternativas possíveis ao procedimento e as consequências de não realizá-lo.

## 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.

# Termo de Ciência e Consentimento

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NAO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Nome Completo/Social: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
Filiação: \_\_\_\_\_  
Convênio: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_

## BLOQUEIO PERIFÉRICO

 Paciente  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(s) /procedimento(s) acima descritos, 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.

Nome do médico \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_