CMH Medicina Hospitalar

TERMO DE CONSENTIMENTO BLOQUEIOS ANTIALGICOS

Nome:_____**Data Nascimento:**_____/_____/_____

Médico:_____**Convênio:**_____

Prontuário:_____**Registro:**_____**Data Atendimento:**_____

Nome do representante legal:_____**CPF:**_____

RG:_____**Telefone:**_____

Eu, _____, nascido(a),_____

autorizo o(a) Dr.(a)_____ CRM _____a realizar o procedimento médico designado como **BLOQUEIO ANTIALGICO.**

PROCEDIMENTO:

Este tratamento visa a aliviar a dor neuropática e o desconforto causados por uma inflamação ou compressão no nervo, ainda que de forma temporária. O procedimento é feito sob anestesia local ou sedação venosa e o paciente, deitado de barriga para baixo, recebe uma injeção nas costas. Quando agulha fininha alcança a região em que se encontra a raiz nervosa inflamada, é injetada uma pequena quantidade de solução anestésica com anti-inflamatório corticoide para ajudar a diminuir a inflamação no local.

ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS PROCEDIMENTO

Previamente à realização do tratamento, o paciente deverá realizar e apresentar todos os exames necessários, tais como exame de sangue e eletrocardiograma, além da consulta pré-anestésica, visando verificar se poderá ser submetido ao procedimento. Após a realização do procedimento, o paciente faz alguns testes de dor e caminha até a sala de recuperação, onde ficará por alguns minutos antes de ir para o quarto. Em algumas horas, já estará pronto para voltar para casa.

RISCOS

Após o procedimento, alguns pacientes podem sentir dormência ou fraqueza nas pernas que deve durar 6 horas mais ou menos. As possíveis complicações, indo das mais frequentes às mais raras, incluem: dor local, edema, hematoma, tonteira, náuseas e/ou vômitos, bloqueio motor de membros superiores e/ou inferiores, convulsão, hipotensão arterial, arritmia cardíaca, lesão nervosa, intoxicação ao anestésico local, anafilaxia e parada cardiorrespiratória.

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, paciente do(a) Dr(a). _____, inscrito no CRMMG sob o nº _____, declaro ter recebido todas as informações de meu médico acerca do procedimento ao qual serei submetido, seu objetivo, seus riscos e os cuidados que deverei observar antes e após a sua realização, assim como a respeito dos métodos terapêuticos alternativos, conforme estabelece o Código de Ética Médica e a Lei nº 8078/90, estando ciente de que a observância destes cuidados é fundamental para que se possa atingir o objetivo deste procedimento.

Declaro que informei ao profissional em meu prontuário ou no documento Ficha do Paciente sobre o uso de drogas (orais ou por outra via), alergias, tabagismo, uso de medicamentos como aspirina, remédios para resfriados, vitaminas, narcóticos, suplementos herbáceos, medicamentos para pressão e outras informações pertinentes à minha saúde.

Comprometo-me a seguir todas as prescrições e cuidados indicados pelo médico, oralmente ou por escrito, pois, do contrário, poderei por minha vida, saúde ou bem-estar em perigo, ou ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes. Estou ciente de que devo buscar imediatamente atendimento médico, caso verifique a ocorrência de qualquer sintoma que seja diverso da normalidade, tais como febre, sangramento, tontura, abertura dos pontos ou dor.

Declaro, ainda, estar ciente de que o resultado do procedimento pode ser diferente da minha expectativa inicial, uma vez que o dever do médico é dispor de todos os meios necessários para alcançar o resultado de seu trabalho, não havendo qualquer certeza ou garantir de estes resultados serão de fato alcançados.

Declaro estar ciente de que os resultados do tratamento são variáveis, pois estes dependem de fatores tais como minhas características fisiológicas, minhas condições clínicas pré-procedimento, da ausência de intercorrência durante o procedimento e da observação dos cuidados pós-procedimento.

Compreendi que durante o tratamento pode ser necessário o uso de equipamentos ou instrumentos de observação invasivos. Foram explicados em detalhes os riscos e benefícios associados com esse tipo de monitoramento.

Tenho conhecimento de que qualquer omissão da minha parte poder-me-á trazer prejuízos, comprometer o tratamento ao qual me submeto, causar sequelas ou acarretar danos à minha saúde.

Declaro, por fim, que não possuo qualquer outra dúvida e que estou me submetendo a este procedimento por livre e espontânea vontade, ficando reservado meu direito de desistir a qualquer tempo.

Belo Horizonte, _____de _____de 2024.

Assinatura do Médico

_____

Assinatura do Paciente ou Responsável

_____

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE

Eu,_____,RG_____

responsabilizo-me por acompanhar o(a) Sr.(a) _____,

RG_____, **durante o tratamento** de Bloqueio Antiálgico no CMH – Medicina Hospitalar, em _____, **até a sua residência**, salvo se houver internação hospitalar imediatamente após a realização da cirurgia.

Belo Horizonte, _____de _____de 2024.

Procedimento SEM SEDAÇÃO, paciente SEM ACOMPANHANTE: ☐

_____

Assinatura do Acompanhante

CMH – Medicina Hospitalar - Rua Piauí, 2007 – Funcionários – Belo Horizonte – MG Tel.: (31)3225-3446