

TERMO DE CONSENTIMENTO BLOQUEIOS ANTIÁLGICOS

Eu, _____, nascido(a) em _____ autorizo o(a)
Dr.(a) _____ CRM _____ a realizar o procedimento médico designado
como BLOQUEIO ANTIÁLGICO.

A natureza da minha condição e dos procedimentos médicos propostos, incluindo os métodos de tratamento e não tratamento foram satisfatoriamente explicados à minha pessoa, assim como qualquer risco de complicações.

Através desta reconheço que me foi dada ampla oportunidade de questionar sobre os procedimentos médicos escolhidos e as suas alternativas, bem como julguei satisfatórias as respostas aos meus questionamentos e compreendo os riscos envolvidos no tratamento a que voluntariamente vou me submeter

Belo Horizonte,

Assinatura do médico

Assinatura do paciente ou responsável