

TERMO DE CONSENTIMENTO BLOQUEIOS ANTIÁLGICOS

NOME:
NASCIMENTO:
MÉDICO:

DATA:
CONVENIO:
REGISTRO: **PRONT:**

Eu, _____, nascido _____ 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 reconhecço 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.

A realização de Bloqueio Antiálgico visa aliviar a dor e o desconforto por ela gerados. São utilizadas medicações que agem a nível do sistema nervoso periférico e/ou sistema nervoso central. Os bloqueios podem ser realizados sob anestesia local e/ou sedação venosa. 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, anafilaxia e parada cardiorrespiratória.

Belo Horizonte, _____

Assinatura do médico

Assinatura do paciente ou responsável

TERMO 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
internação hospitalar imediatamente após a realização da cirurgia. , até a sua residência, salvo se houver
internação hospitalar imediatamente após a realização da cirurgia.

Belo Horizonte, _____

Procedimento SEM SEDAÇÃO , paciente SEM ACOMPANHANTE

Assinatura do acompanhante