

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
BLOQUEIO PERIFÉRICO**

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	RG Nº:
PRONTUÁRIO:	ATENDIMENTO:

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Itaigara Memorial Clínica da Dor.

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**

PROCEDIMENTO/SEUS BENEFÍCIOS: O Bloqueio Periférico possui diversas nomenclaturas de acordo com a região a ser realizado, como: _____ (nome do bloqueio). Tem por objetivo promover analgesia intensa ou prolongada através da administração de anestésico local (lidocaína, ropivacaína ou bupivacaína), com auxílio de agulhas curtas e/ou longas, podendo ser realizado com orientação de marcadores anatômicos, ultrassonografia ou estimulador de nervo periférico.

RISCOS: Procedimentos médicos estão sujeitos a risco, que podem ser mínimos, moderados ou graves. É um procedimento seguro e geralmente bem tolerado pelo paciente, porém podem ocorrer alguns efeitos como fraqueza muscular, dor no local, dormência da região ou membro, hematoma no local da injeção, lesão de vasos sanguíneos, convulsão e lesão do nervo. Em casos mais raros podem acontecer complicações graves como: arritmias cardíacas, hipotensão, bradicardia, confusão mental, rebaixamento do nível de consciência e parada cardiorrespiratória. No caso de complicações graves, pode ser necessário internação em hospital geral e cirurgia de urgência.

INFORMAÇÕES E CUIDADOS: O paciente deve permanecer no leito de observação durante a realização do procedimento até a alta médica e deve comunicar a equipe a presença de qualquer sintoma.

Será obrigatório **ACOMPANHANTE ADULTO** aos pacientes que realizarão bloqueio em membro inferior e para aqueles pacientes que a equipe médica e/ou multiprofissional julgar necessário.

Também fui informado (a) das alternativas aos procedimentos e das consequências de não realizar-los. Estou ciente de que existem outros tratamentos para a dor crônica como: medicamentos orais e tópicos, acupuntura, estimulação elétrica transcutânea, cirurgias e exercícios específicos aos quais continuarei a ter acesso, desde que isto represente o meu desejo.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
BLOQUEIO PERIFÉRICO**

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	RG Nº:
PRONTUÁRIO:	ATENDIMENTO:

Autorizo a utilização dos dados clínicos deste procedimento em trabalhos científicos, publicações em congressos ou outras atividades de cunho científico (não serão utilizadas imagens, apenas dados): **Sim** **Não**

obs.: _____

Declaro ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente e aceito, compromissando-me a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais. Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar esclarecido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Paciente

Assinatura: _____

Salvador/BA, _____ / _____ / _____

Responsável

Nome: _____

Identidade nº: _____ Grau de Parentesco: _____

Assinatura: _____

Salvador/BA, _____ / _____ / _____

Declaração do Médico Responsável

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o (a) paciente e/ou seu (s) familiar (es), ou responsável (eis), o exame, os riscos e complicações, as orientações pré e pós exame. CONFIRMO ter respondido 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.

Assinatura sobre carimbo do médico: _____

Salvador/BA, _____ / _____ / _____