ITAIGARA MEMORIAL®
HOSPITAL DIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
BLOQUEIO ANESTÉSICO

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 Hospital Dia.

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 ANESTÉSICO**.

PROCEDIMENTO/SEUS BENEFÍCIOS: O BLOQUEIO ANESTÉSICO 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 marcos 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 realizá-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.

ITAIGARA MEMORIAL®
HOSPITAL DIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
BLOQUEIO ANESTÉSICO

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 procedimento, os riscos e complicações, as orientações pré e pós procedimento. 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, _____/_____/_____