

TERMO DE CONSENTIMENTO RIZOTOMIA/BLOQUEIO FACETÁRIO E FORAMINAL

Declaro para todos os fins que recebi do (a) Médico (a) Dr. _____, CRM- sob o nº -----Todas as informações referentes ao procedimento cirúrgico de "RIZOTOMIA/BLOQUEIO FACETÁRIO E FORAMINAL", atendendo ao disposto no art. 59^o do Código de Ética Médica e no art. 9^o da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, o (a) mesmo (a) sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o procedimento, sendo:

Este procedimento consiste na aplicação de medicamento e/ou Radiofrequência para alívio do quadro algico do paciente.

Potenciais riscos:

1. Infecção superficial e profunda;
2. Hematoma e edema nos pontos da aplicação;
3. Diminuição de força em membros inferiores(superiores quando cervical);
4. Dormência em pernas(membros superiores-quando cervical);
5. Lesão de dura mater com fístula liquórica;
6. Hematoma intracanal com compressão medular;

CONSENTIMENTO

Declaro para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8078/90 que dou plena autorização ao (a) Médico (a) acima descrito (a) a proceder às investigações necessárias ao diagnóstico do estado de saúde, bem como, executar o tratamento cirúrgico designado e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal procedimento possa requerer podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais da área.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento pode 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 ser atendido em minhas 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, expresse meu pleno consentimento para sua realização.

Assinaturas:

Paciente/responsável

Médico – CRM

Testemunhas:
