

**TERMO DE CONSENTIMENTO E INFORMATIVO PARA TRATAMENTO INTERVENCIONISTA DA DOR E TRATAMENTO CLÍNICO DA DOR**

Identificação do paciente:

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Responsável legal (Se paciente legalmente incapaz):

Nome: \_\_\_\_\_

Diagnóstico principal:

Diagnóstico da síndrome dolorosa:

Procedimentos propostos:

Riscos sérios ou frequentes:

Procedimento envolve: ( ) Anestesia Geral ( ) Anestesia local ( ) Anestesia regional ( ) Sedação.

Declaro que:

1. O membro da equipe do CENTRO DE CONTROLE DOR E CUIDADOS INTEGRADOS da Santa Casa de Alfenas abaixo assinado informou-me que, tendo em vista o diagnóstico (ou suspeita diagnóstica) acima descritos serei submetido a tratamento CLÍNICO ou INTERVENCIONISTA DA DOR conforme indicação clínica e minha concordância pessoal ou do meu representante legal.

2. Fui claramente esclarecido que as condutas propostas serão conduzidas de acordo com os princípios básicos da ética e da moral, em respeito pela pessoa humana, da observação de segurança, sempre considerando os riscos e benefícios para cada caso e que um médico da equipe do CENTRO DE CONTROLE DA DOR E CUIDADOS INTEGRADOS irá me assistir durante o procedimento, eventuais internações e atendimento ambulatorial conforme as necessidades e evolução do meu quadro clínico. Podendo não ser necessariamente o mesmo médico em todos os atendimentos que serei submetido. Podendo, portanto, ser qualquer um dos membros da equipe, sem prejuízo a nenhum dos itens constantes deste termo.

3. Por decisão voluntária e sem imposição, tomada após um processo de informação sobre a natureza, consequências e riscos dos procedimentos a serem realizados, aceito o fato de que qualquer procedimento médico envolve riscos e poderá necessitar de procedimentos complementares.

4. Apesar dos cuidados, dos esforços e da perícia dos médicos envolvidos, em princípio, não existem procedimentos e tratamentos médicos com maior ou menor simplicidade, pois todos apresentam, embora de forma relativa, probabilidade de haver algum risco de complicação.

5. Os seguintes pontos me foram esclarecidos: Poderá ocorrer sede, devido ao tempo de jejum prolongado e/ou pelo uso de medicamentos; Poderá ocorrer dor de cabeça, dores lombares; dores musculares, tonturas, vertigens, dificuldade respiratória e desmaios, durante a recuperação anestésica; Poderão ocorrer dor e inflamação nos locais de punções de veias e/ou artérias devido aos materiais e medicamentos utilizados; Poderá ocorrer dor de garganta, dentes danificados ou perda dos mesmos (principalmente quando em mau estado de conservação), sangramento nasal e oral em pequena quantidade e dormência de partes da língua (devido à entubação oral ou nasal); Poderá ocorrer ardência nos olhos, úlceras de córnea, deslocamento de lentes e perda de pelos (mais comumente em cirurgias sobre a face); Poderão ocorrer frio, tremores, áreas com falta de sensibilidade por vícios de postura, ou após a realização de bloqueios, que poderão ser parciais ou totais por um período indeterminado de tempo e, mesmo raro, poderão ser permanentes; Poderá haver transtornos de comportamento afetivo e de memória em geral na forma de ansiedade e, apesar de raro, quadros psicológicos mais complexos, bem como arritmias e parada cardíaca.

Poderá ocorrer dor, hematomas, edemas nos pontos de inserção de agulhas ou similares para o Tratamento Intervencionista da Dor. Sendo comum parestesias, dormências, perda de força muscular, diminuição da percepção tátil. Fui informado que apesar de raras lesões neurológicas permanentes podem acontecer em decorrência do Tratamento Intervencionista da Dor, mesmo com técnica bem indicada e executada corretamente.

Fui informado que após procedimento para Tratamento Intervencionista da Dor poderei apresentar fraqueza muscular por tempo indeterminado o que ocasiona maior risco de quedas e fraturas e me comprometo a tomar cuidados especiais para evitar eventuais quedas até liberação formal do médico assistente pertencente a equipe do CENTRO DE CONTROLE DA DOR E CUIDADOS INTEGRADOS.

6. Aceito o fato de que medicamentos ou outras drogas que eventualmente necessitem ser usadas pela equipe médica, são fatores que, embora não impeçam a realização de procedimentos intervencionistas da dor, podem determinar a incidência maior das complicações descritas acima;

7. Fui avisado e entendi que, durante o tratamento da dor, existem aspectos que não podem ser previamente identificados e, por isso, eventualmente necessitam procedimentos adicionais e diferentes dos inicialmente programados e combinados. Por isto estou ciente e autorizo o médico responsável a realizar qualquer técnica ou tratamento necessário para a melhor condução do meu tratamento, se necessário em casos de urgência, procedimentos de remoção de urgência e terapia intensiva em outras instituições de saúde. Entendo que quaisquer procedimentos adicionais aqueles descritos neste termo somente serão feitos se necessários para salvar minha vida ou prevenir danos sérios a minha saúde.

8. Entendo que o médico da equipe do CENTRO DE CONTROLE DA DOR E CUIDADOS INTEGRADOS e sua equipe se obrigam, unicamente, a usar todos os meios científicos e tecnológicos a sua disposição para fornecer o melhor tratamento possível e conhecido para minha condição clínica. Assim, por estar consciente que é impossível prever-se resultados em quaisquer práticas médicas, aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultado nos procedimentos médicos propostos.

9. Concordo em cooperar com os médicos responsáveis pelo meu tratamento até o meu restabelecimento completo, aceitando e observando as determinações que me forem

recomendadas, oral e/ou por escrito, pois assim não o fazendo poderei prejudicar os fins desejados, por em perigo a minha saúde ou meu bem-estar, ou ocasionar sequelas temporárias ou permanentes. Bem como limitação das minhas atividades cotidianas por um período indeterminado.

10. Autorizo qualquer outro procedimento, exames ou tratamento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento intervencionista da dor e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

11. Entendo que foi proporcionado pelo profissional médico os esclarecimentos sobre todas as situações que envolvem o procedimento anestésico-cirúrgico a que serei submetido(a) bem como entendi o contexto das situações acima descritas, entendo ainda que possa haver limitação das minhas atividades cotidianas por um período indeterminado de tempo, aceito e autorizo os profissional acima designado à realizar os procedimentos constantes neste termo.

12. Entendo que terei a oportunidade de ser informado pelo Anestesiologista, quando necessária a presença, dos detalhes da anestesia antes do procedimento, a menos que a urgência da minha condição clínica impeça.

13. Somente não será aceito a presença de outros profissionais ou acadêmicos durante o procedimento a ser realizado, o qual tem como propósito de treinamento ou ensinamento médico ou demonstração de equipamentos industrializados relacionados ao tratamento da dor aos outros profissionais ou acadêmicos, se expressamente manifestado esse desejo pelo paciente assistido. A presença de acadêmicos ou de outros profissionais é puramente observacional. Mesmo com a presença de terceiros o procedimento é de responsabilidade e execução do médico responsável da equipe do CENTRO DE CONTROLE DA DOR E CUIDADOS INTEGRADOS.

14. TRATAMENTO CLÍNICO E USO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS: declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações, principais efeitos adversos relacionados ao uso de medicamentos controlados para o tratamento clínico da dor. Sendo prescritos isoladamente ou em associação opióides, antidepressivos, anticonvulsivantes, antipsicóticos, ansiolíticos, anti-inflamatórios não esteroides, corticosteroides, analgésicos não opióides, anestésicos locais e/ou qualquer outra classe farmacológica necessária ao meu tratamento. Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico da equipe do CENTRO DE CONTROLE DA DOR E CUIDADOS INTEGRADOS. Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que os medicamentos que passo a receber podem trazer as seguintes melhoras: alívio da dor e melhora da qualidade de vida. Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos: sonolência, constipação intestinal, náusea e vômitos nas primeiras doses, reações alérgicas, dificuldade de respirar, confusão mental, visão dupla ou nublada, boca seca, perda de apetite, dificuldade para urinar; diminuição das células brancas do sangue, constipação, secura na boca, tontura, cansaço, depressão, confusão, nervosismo, descoordenação, amnésia, ganho de peso, visão turva, coceira na pele, rinite, bronquite, faringite, tosse e infecções respiratórias, edema periférico, febre.

Fui também informado que em caso de efeitos graves e intoleráveis deverei me encaminhar imediatamente ao pronto socorro mais próximo a minha residência e assim que possível contatar o médico da equipe do CENTRO DE CONTROLE DA DOR E CUIDADOS INTEGRADOS para informar minha condição clínica.

14. EXAMES: Entendo que poderá ser necessário à solicitação de exames complementares, tais como: exames laboratoriais, radiológicos, ultrassonográficos, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética dentre outros, para auxílio do diagnóstico quando necessário.

16. Estou ciente da obrigatoriedade de não fumar, não usar narcóticos, remédios de emagrecimento ou outros tipos de drogas nem antes, nem durante, e nem depois do procedimento Intervencionista da dor proposto dado os perigos exacerbados do uso deste tipo de substâncias. Me comprometo a informar imediatamente o médico assistente caso isto ocorra.

17. Declaro que entendi a importância de ter assiduidade durante todo tratamento, entendo que o Tratamento das várias síndromes dolorosas depende de mudanças de hábitos de vida, emagrecimento e tratamento multiprofissional por período indeterminado, incluindo fisioterapia, psicoterapia, terapia ocupacional, cuidados de enfermagem, ou outros tratamentos médicos associados.

18. ENTENDO QUE EU COMO PRINCIPAL INTERESSADO E RESPONSÁVEL PELO MEU TRATAMENTO TEREI COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE PESSOAL COM O MESMO.

19. Declaro que tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas inteira e satisfatoriamente. Declaro ainda que fui esclarecido (a) pelo meu médico assistente dos detalhes do tratamento e estou ciente de que nenhum resultado específico me poderá ser garantido. Não omiti nenhuma informação sobre meu estado de saúde e condições emocionais, considerando-me apto (a) a ser submetido (a) ao (s) procedimento (s) supramencionados, concordando assim, em seguir as orientações médicas tais como repouso, dieta, exercícios físicos, utilização de medicamentos e comprometimento com o tratamento.

20. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

21. Declaro estar ciente que inteiramente sou responsável pelos custos financeiros do tratamento médico acima mencionado de maneira direta ou indiretamente, sendo responsável pela interlocução e as eventuais autorizações de convênios médicos e/ou junto ao Sistema Único de Saúde. Declaro estar ciente que os procedimentos não autorizados por convênios ou pelo Sistema Único de Saúde só poderão ser realizados de maneira inteiramente particular.

Declaro que prestei todas as informações necessárias ao paciente e/ou seu responsável legal, conforme termo acima.

Local e data.

Assinatura do médico

Declaro que recebi do médico acima assinado, todas as informações necessárias para a realização do meu tratamento, estando ciente dos riscos e demais consequências oriundas do tratamento, conforme termo acima,

Assinatura do paciente