

O(A) paciente \_\_\_\_\_ data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

ou seu responsável \_\_\_\_\_, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao

(à) médico (a) assistente, o Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito no CRM/SC sob o n.º \_\_\_\_\_ credenciado pelo Hospital Dona Helena, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **NEURÓLISE** e todos que o incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínicas, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 22, 24, 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9, VI Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o procedimento acima apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados para ser autorizado.

**Definição:** o procedimento é realizado por via percutânea, com a introdução de uma agulha no local indicado, guiada por ultrassonografia, tomografia ou fluoroscopia, com o objetivo de administrar medicamentos anestésicos, anti-inflamatórios ou neurofílicos ou realizar procedimento de radiofrequência. A indicação do tratamento irá depender do tipo da dor, localização, intensidade, opção do médico solicitante ou do médico intervencionista que realizará o procedimento. A definição do tratamento será sempre amparada por amplo arsenal de publicações científicas disponíveis na literatura médica. Na maioria das vezes o procedimento é realizado por meio de anestesia local, as vezes com sedação leve ou anestesia geral (a depender da avaliação do médico anesthesiologista).

**Fui informado (a) acerca das possíveis consequências da não realização deste procedimento e/ou tratamento. Estou ciente de que o procedimento pode apresentar diversos riscos potenciais, destacando-se os principais abaixo:**

- Sede, dor de cabeça, dores lombares, dores musculares, tonturas, vertigens, dificuldade respiratória, desmaios, durante a recuperação anestésica; dor e inflamação nos locais de punções de veias e/ou artérias devido aos materiais e medicamentos utilizados; dor de garganta, dentes danificados, sangramento nasal e oral em pequena quantidade e dormência de partes da língua, ardência nos olhos, úlceras de córneas, deslocamento de lentes e perda de pelos (mais comumente em cirurgias sobre a face) e, ainda, 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.
- Dor, hematomas, edemas nos pontos de inserção de agulhas ou similares, sendo comum parestesias, dormências, perda de força muscular, diminuição da percepção tátil. Fui informado que, apesar de raras lesões neurológicas permanentes, podem acontecer mesmo com técnica bem indicada e executada corretamente. Reações vaso-vagais – termo que se refere à queda de pressão arterial, tonturas e bradicardia;
- 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 a liberação formal do médico assistente. Sangramentos na região tratada ou no trajeto da agulha, com possível evolução para hematomas e em casos mais raros, hipotensão e choque;
- Diminuição do desejo sexual, podendo também ocasionalmente em alguns casos ocorrer disfunção sexual temporária ou permanente, principalmente em lesões do sistema neurovegetativo durante o tratamento intervencionista da dor.
- Perfuração de órgãos adjacentes, como o estômago, colon, fígado, baço, intestinos, vasos sanguíneos;
- Necessidade de procedimentos invasivos relacionados a complicações do procedimento;
- Embolia – termo que se refere à propagação de coágulos ou outros materiais para dentro de vasos sanguíneos, atingindo outras circulações, podendo complicar com infartos de outros órgãos e estruturas;
- Reações alérgicas às medicações utilizadas. A anafilaxia, que se refere à apresentação mais grave de alergia, ocorre entre 3 a 50 pessoas a cada 100 mil (incidência de 0,003% a 0,05%);
- O paciente poderá necessitar de uma re-abordagem, ou seja, a repetição do procedimento, caso o médico julgue necessário após a realização de exames radiológicos de controle;

- Em caso de necessidade, autorizo a solicitação de exames complementares, tais como: laboratoriais, radiológicos, ultrassonográficos, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética dentre outros, para auxílio do diagnóstico quando necessário.
- Complicações graves são muito raras, entretanto, podem ocasionar a hospitalização prolongada, outras intervenções cirúrgicas e até mesmo levar a óbito.
- Na condição de paciente do sexo feminino, fui informada, que deverei manter continuamente e, sem interrupção, métodos contraceptivos durante o tratamento e que comunicarei imediatamente a equipe da em caso de atraso menstrual, suspensão do uso de métodos contraceptivos e ou suspeita de gravidez, estando devidamente esclarecida que os medicamentos usados e os tratamentos intervencionistas propostos podem ter eventualmente efeitos abortivos e/ou teratogênicos.
- Estou esclarecido e entendi que, durante o procedimento 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 a médico responsável a realizar qualquer técnica ou tratamento necessário para a melhor condução do meu tratamento e, se necessário, em casos de urgência, procedimentos de remoção de urgência e terapia intensiva em outras instituições de saúde. Entendo que quaisquer procedimentos adicionais àqueles descritos neste termo, somente serão feitos se necessários para salvar minha vida ou prevenir danos sérios à minha saúde.
- Estou ciente e autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes inicialmente propostos.
- Entendo que a equipe médica se obriga, 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.

Declaro ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente e aceitei, compromissando-me a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo (a) médico (a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos, complicações e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

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.

Declaro que o médico explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias/tratamento podem gerar fatos e intercorrências bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Declaro ter sido informado e compreendido que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passa a fazer parte de minha ficha clínica ou arquivada na guarda pessoal do (a) médico (a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa.

Fica autorizado o acesso à ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório, inclusive, a solicitar segunda via de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existente.

**Ainda, fica instituído que, caso o procedimento não seja realizado dentro do prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do dia imediatamente posterior àquele da assinatura, o presente termo perderá sua validade, sendo necessária a elaboração de novo documento.**

**Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.**

**Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em minhas dúvidas e questões, através da linguagem clara e acessível.**

Assim, tendo lido, entendido e aceitado as explicações prestadas pelo médico, sobre as informações, bem como os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expresso o meu pleno consentimento para a realização do procedimento/tratamento indicado.

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

**Código de Ética Médica – Resolução CFM nº 1.931/09:**

*Art. 22º - Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.*

Art. 24º - Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 31º - Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 34º - Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**Código Brasileiro de Defesa do Consumidor - Lei nº 8.078 de 11/09/1990:**

Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.

**PACIENTE**

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordei com os itens acima referidos e, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o procedimento, objeto deste documento, se realize.

Paciente ou Responsável (Grau de parentesco \_\_\_\_\_)

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

Identidade nº: \_\_\_\_\_ CPF: nº: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Joinville (SC), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

**MÉDICO**

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito - ao próprio paciente e/ou seu responsável - sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido aos questionamentos formulados pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhe foi informado.

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

CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Joinville (SC), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

**ACOMPANHANTE**

Termo de acompanhante do paciente submetido a procedimentos ambulatoriais:

Eu, \_\_\_\_\_, identidade

n.º \_\_\_\_\_, responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima identificado, após o procedimento ambulatorial realizado no Hospital Dona Helena, até a sua residência.

Assinatura \_\_\_\_\_

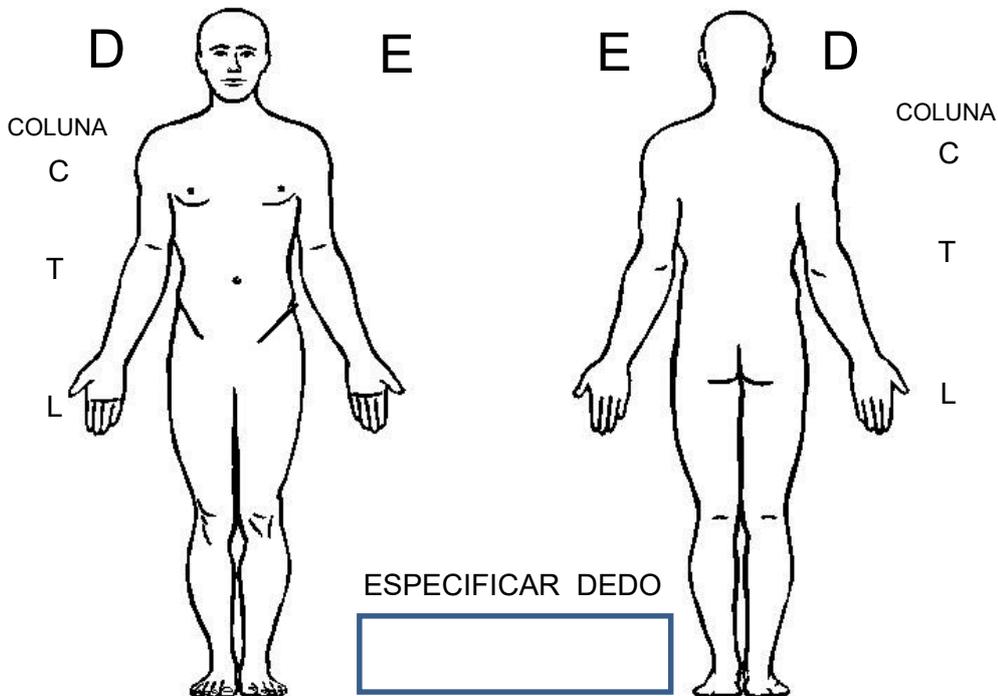
Joinville (SC), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias, médico e paciente/responsável.**

O(A) paciente \_\_\_\_\_ data de nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_,

ou seu responsável \_\_\_\_\_,  
**declara**, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao(à) médico(a)

assistente, o Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito no CRM/SC sob o n.º \_\_\_\_\_ complementar ao termo de consentimento da cirurgia em questão (anexo principal).



Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

<b>Deve ser preenchido pelo médico assistente</b>	
Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.	
Nome do médico _____	Assinatura _____ CRM _____
Joinville (SC), ____ de _____ de _____. Hora: ____:____	

<b>CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS</b>	
Assinatura do(a) paciente _____	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente _____
RG N° _____	RG N° _____
NOME _____	NOME _____
Joinville (SC), ____ de _____ de _____. Hora: ____:____	