



**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DOS PROCEDIMENTOS DE DOR:
BLOQUEIOS E RIZOTOMIA**

Nome: _____

CPF: _____ - _____

Procedimento: _____

1. Entendo perfeitamente e com detalhes que o objetivo desta intervenção é apenas a alívio da dor.
2. Que serão utilizados medicamentos como corticoides e anestésicos.
3. O alívio poderá ocorrer ou não (falha do tratamento).
4. Que este alívio poderá ter duração variada (dias, meses ou até anos) dependendo de patologia para patologia e de paciente para paciente.
5. Que serei submetido à sedação pela equipe de anestesia.
6. Que efeitos colaterais adversos poderão ocorrer e poderão ser diversos, por exemplo. Advindos dos medicamentos, como náuseas, diarreia, hipertensão arterial, aumento da glicose no sangue, sangramentos epidurais (hematomas epidurais), dor de cabeça, indisposição, mal-estar dentre outros. Se ocorrerem, procurar auxílio médico imediato.
7. Raramente, mas possível, em qualquer tipo de procedimento médico poderão ocorrer fatalidades, tais como: reações alérgicas graves, infarto do miocárdio, acidente cerebral isquêmico e hemorrágico, parada cardíaca e respiratória, morte, déficits neurológicos medulares e/ou radiculares, infecções advindas do procedimento, especialmente nos discos intervertebrais, dentre outros.
8. Que foi informado sobre todos os detalhes do procedimento (técnica, medicamentos a serem utilizados, objetivos, falhas e riscos) não podendo alegar o contrário após o mesmo ter sido efetuado.
9. Fui devidamente esclarecido pelo meu médico cirurgião e estou completamente ciente dos riscos a que estarei exposto (a) no pré-operatório imediato, sobretudo no período de internação, referente a possível e eventual contaminação pelo COVID-19, também chamado de NOVO CORONAVÍRUS. Tal risco decorrerá do contato ou aproximação com outros profissionais de saúde e com materiais médico-hospitalares que poderão estar infectados. Tenho ciência que eventual infecção com o COVID-19 poderá provocar em meu organismo febre, dores musculares, dificuldade respiratória, ausência de sensibilidade olfativa e gustativa (anosmia) e, até mesmo, a própria morte.

_____, _____ de _____.

Assinatura Paciente ou Responsável _____

Assinatura Médico Assistente _____