

## Termo de consentimento informado / livre e esclarecido

Prezado paciente,

As informações contidas neste formulário têm o objetivo de prepará-lo para discussão consciente com o seu médico sobre o procedimento proposto.

### Diagnóstico/doença:

O (a) senhor (a) sofre de \_\_\_\_\_  
uma patologia com indicação de um tratamento intervencionista minimamente invasivo (injeção de medicamentos).

### Expectativa quanto ao tratamento proposto:

A intervenção visa a atenuar a dor e a melhora de déficits funcionais e/ou déficits neurológicos (fraqueza muscular e déficits sensitivos).

### Opções alternativas de tratamento:

As diferentes possibilidades terapêuticas foram apresentadas pelo seu médico. Um tratamento minimamente invasivo para o controle da dor não representa, geralmente, uma urgência. Trata-se de uma intervenção programada. Por esta razão, é necessário que o (a) senhor (a) leia atentamente esse documento e tenha o tempo necessário para refletir antes de aceitar o tratamento proposto.

### Sobre o procedimento

O texto seguinte traz informações sobre o procedimento proposto. Embora alguns efeitos colaterais inerentes à técnica sejam raros, eles podem eventualmente ocorrer. Por favor, leia-o com atenção ou peça a alguém que o leia para o senhor (a). Nossa equipe está a disposição para esclarecer qualquer dúvida.

A intervenção é realizada sobre condições estéreis. O procedimento é guiado por ultrassom ou por Rx com a injeção de contraste. Anestesia local realizada antes do procedimento, geralmente, reduz a sensação de dor causada pelo procedimento. Se necessário, um tranquilizante será administrado. Um cateter venoso será instalado por segurança. Pela mesma razão, monitorização cardiovascular e respiratória será realizada durante o procedimento e, se necessário, após o mesmo. O tipo e a dose de medicamento utilizado depende do tipo de doença a ser tratada. Em alguns casos, é necessário estar em jejum - não comer nada nas 6 horas precedentes à intervenção. É permitido beber líquidos claros (sem resíduo, por exemplo, chá, café, água) em pequenas quantidades antes da intervenção.

Os procedimentos têm frequentemente proposta terapêutica, mas podem também ser usados com objetivo diagnóstico (identificar de onde vem a dor).

Durante o procedimento, a dor pode ser acentuada por um período curto de tempo, o que pode ser importante do ponto de vista diagnóstico.

Ao término do procedimento, um curativo estéril será colocado.

Não é recomendado conduzir veículos automotores no dia da intervenção devido aos efeitos que as medicações utilizadas podem trazer.

### **Medidas complementares**

Se necessário mudanças do procedimento durante sua realização, eu aceito que tais alterações e/ou complementos sejam realizados durante o procedimento.

### **Possíveis complicações**

As complicações seguintes são, geralmente, raras:

Uma vez que a pele é perfurada, uma infecção local ou mais profunda não pode ser excluída. Condições estéreis e um trabalho cuidadoso dentro de uma sala higiênica minimizam o risco de infecção. Pacientes que sofrem de infecção aguda ou crônica ou portadores de imunodeficiências (diabéticos, transplantados, com infecção pelo HIV ou em tratamento com drogas imunossupressoras, por exemplo) apresentam um risco de infecção aumentado. Para esses pacientes, o risco/benefício do procedimento deve ser discutido entre a equipe médica e o paciente.

Os efeitos locais e sistêmicos da cortisona e as alterações de peso são possíveis até mesmo por tempo prolongado em alguns casos.

Os efeitos secundários de curta duração dos remédios consistem em alterações do ciclo menstrual e de sintomas autonômicos como circulatório (aumento ou diminuição da pressão arterial), vertigem, mal-estar e ondas de calor com transpiração e rubor na face.

As reações de hipersensibilidade aos medicamentos utilizados são possíveis, mas são geralmente fáceis de controlar, respeitando-se as medidas de segurança descritas anteriormente. Em casos extremamente raros, hemorragia local ou na proximidade de nervos ou mesmo dentro do canal medular pode ocorrer. Uma inflamação das meninges também pode ocorrer. Lesões muito raras (paralisias na região inervada pelo nervo tocado, lesões vasculares, redução de sensibilidade) podem ocorrer, podendo ser temporárias ou permanentes.

No nosso serviço, com mais de \_\_\_\_\_ intervenções realizadas nos últimos anos, nunca tivemos complicações como infecção profunda ou hemorragia.

### **Contra-indicações:**

Se há suspeita de infecção, é, geralmente, recomendado adiar o procedimento. Se está em uso de um anticoagulante (Plavix, Marcoumar, Xarelto ou outro), este não deve ser tomado por um período de tempo definido antes do procedimento. Este medicamento deverá ser substituído pelo médico prescritor.

Se está fazendo uso de ASS (aspirina, máximo de 100 mg/dia), o tratamento deve ser continuado. Em determinados casos, discutiremos a necessidade de suspender esse tratamento.

### **Após a intervenção**

De uma forma geral, a impossibilidade de trabalhar após uma intervenção minimamente invasiva é de 1 dia, raramente mais.

Por demanda, podemos atestar essa incapacidade de trabalho para o dia da intervenção e para o dia seguinte.

Os medicamentos utilizados têm sido testados e usados por vários anos e não têm sido demonstrado problemas de intolerância. Em casos excepcionais, dependendo do tipo de procedimento e das condições clínicas do paciente (gravemente enfermos), recomendamos hospitalização, o que permitiria uma abordagem imediata no caso de complicações.

Em casos de complicações, as quais o (a) paciente foi bem informado, ele (a) deve entrar em contato conosco imediatamente para que sejam tomadas as medidas necessárias.

Se novos sintomas como, fraqueza muscular, alterações de sensibilidade, febre, dor de cabeça que piora ao se levantar, ou outras sensações físicas que o (a) preocupe após sair do instituto, solicitamos que entre em contato conosco imediatamente.

### **Consentimento informado**

Eu certifico ter relatado todos os meus antecedentes médicos, incluindo os de natureza geral.

Entendo que o resultado do procedimento previsto não pode ser garantido.

Declaro, pelo presente, ter entendido as explicações contidas neste documento e ter sido igualmente informado detalhadamente pelo médico sobre o procedimento proposto.

Foi-me dada oportunidade suficiente de esclarecer todas as dúvidas com meu médico.

Notas do médico com relação a este termo de consentimento (desistência do consentimento informado indicando a razão, circunstâncias individuais de agravo do risco: idade, problema cardíaco, hipertensão, sobrepeso, etc.):

---

---

---

---

---

---

---

---

Declaro que o (a) Dr (a) \_\_\_\_\_ me informou verbalmente e de maneira suficiente sobre o procedimento. Eu compreendi as explicações e pude fazer todas as perguntas que julguei necessárias. Uma cópia desse documento me foi entregue.

Eu consinto com a intervenção prevista, assim como com as alterações e complementações que se fizerem necessárias ao longo do procedimento.

---

Local e data

Assinatura do (a) paciente

Declaro ter explicado ao (à) paciente as questões relativas ao consentimento informado, suas questões foram esclarecidas e uma cópia deste documento foi entregue ao (à) paciente.

---

Local e data

Assinatura do médico