
 Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE NEURÓLISE E/OU BLOQUEIO DO PLEXO NERVOSO	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

IDENTIFICAÇÃO
NOME DO PACIENTE:
DATA DE NASCIMENTO:
CPF OU RG:
NOME DA MÃE DO PACIENTE:
NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:
CPF OU RG DO RESPONSÁVEL:
NOME DO MÉDICO:
CRM:
PROCEDIMENTO A SER REALIZADO:
<input type="checkbox"/> NEURÓLISE; <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DO PLEXO NERVOSO

O PACIENTE ou RESPONSÁVEL acima identificado DECLARA o que segue:

- Fui informado(a) que **NEURÓLISE** é a destruição deliberada de um nervo ou uma rede de entrelaçamento de nervos (plexo) com o objetivo de proporcionar alívio permanente da dor, interrompendo a transmissão de sinais de dor nos nervos;
- Fui informado(a) que **BLOQUEIO DO PLEXO NERVOSO** referem-se a bloquear temporariamente a função de um nervo por injeção de analgésicos para a área em torno do nervo afetado, bloqueando, assim, a transmissão de sinais de dor. Isso desativa temporariamente o nervo, sem causar danos permanentes;
- Declaro que fui esclarecido previamente sobre qual o procedimento a ser executado no meu caso, bem como que concordei com o registro feito nesse sentido constante neste termo de consentimento.
- COMO É FEITO O PROCEDIMENTO:**
 - Se for se submeter à **NEURÓLISE**, há um número de técnicas que o médico pode usar. O método mais comum de causar destruição permanente do nervo é a injeção de um produto químico, tal como álcool. Alternativamente, o médico pode optar por utilizar técnicas de ablação para destruir os nervos. Nesses casos, será inserida uma agulha ou uma sonda térmica na área, de modo que entre em contato com o nervo ou plexo;
 - Se for se submeter a um **BLOQUEIO DO PLEXO NERVOSO**, o médico utilizará uma agulha fina para injetar anestésicos (por vezes misturado com medicamentos anti-inflamatórios) na área em torno dos nervos responsáveis pela dor;
 - Como esses procedimentos são realizados sob a orientação de imagem, o médico pode ter como alvo uma área precisa, o que reduz o risco de complicações;
 - Fui informado(a) que os procedimentos acima são utilizados para tratar doenças graves, incluindo dor crônica. São normalmente utilizados como uma técnica de controle da dor para pacientes com câncer, mas também podem ser usadas em outros pacientes para tratar outras condições que causam dor crônica que parece ter nenhuma cura ou nenhuma causa clara;

 HOSPITAL Bruno Born Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE NEURÓLISE E/OU BLOQUEIO DO PLEXO NERVOSO	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

5. QUAIS SÃO OS RISCOS DO PROCEDIMENTO?

Como todo procedimento médico, há sempre um risco envolvido. Há alguns efeitos colaterais menores associados com o procedimento, dependendo do nervo alvo. Por exemplo, a **NEURÓLISE** nos nervos esplâncnicos abdominais muitas vezes provoca hipotensão ortostática, quando a pressão arterial de uma pessoa cai quando em pé ou faz alongamento. Complicações graves para bloqueio do nervo ou neurólise são raras. **No entanto, como é o caso de todos os procedimentos perto da espinha, existe um risco de paralisia excepcional da área inervada ou em outro local;**

5.1. Fui informado(a) que é risco inerente da realização de qualquer procedimento médico, tais como, mas não exclusivamente: *reações alérgicas, sangramentos, alteração da circulação arterial e venosa no local da incisão, falhas nos batimentos cardíacos, arritmia, acidente vascular cerebral (AVC) e outras embolias, infecção, sepse (infecção grave e generalizada), infarto do miocárdio, dor, alterações na função renal, perda ou redução da capacidade para o trabalho, perda ou redução da mobilidade ou movimento; perda ou redução da função de determinado órgão, e, inclusive, há o risco de ÓBITO do paciente.*

5.2. Estou ciente que podem surgir outros agravos à saúde além dos citados acima, inclusive, por condições ou causas inesperadas ou inevitáveis, conforme especificado na literatura médica, reconhecendo a limitação física deste documento de enumerar todos os riscos possíveis;


6. Fui informado(a) que o ato médico em questão trata-se de obrigação de meio, pelo que **não há garantia de sucesso** de obtenção de cura ou do resultado esperado ou desejado. Além disso, fui informado que, independentemente da técnica e do zelo empregado pelos profissionais envolvidos no ato médico, podem surgir circunstâncias complicadas e agudas que podem evoluir, inclusive, para o ÓBITO do paciente. Fui informado e compreendi que a prática médica não é uma ciência exata e que não podem ser dadas quaisquer garantias, por isso, os riscos do ato médico estão sempre presentes, em menor ou maior grau de probabilidade de ocorrência, conforme previsto na literatura médica;

7. Se por acaso a evolução do quadro de saúde colocar a vida do paciente em risco, desde já ficam os médicos autorizados a adotar todos os procedimentos recomendáveis na tentativa de afastar o perigo à vida, podendo suspender, complementar ou modificar o ato médico originalmente proposto, inclusive, aplicar transfusão de sangue ou hemoderivados, a critério do julgamento técnico da equipe médica;

8. Fui informado(a) que posso sentir dor após o procedimento, bem como que o local pode apresentar vermelhidão e/ou hematoma, podendo a cicatrização ou cessação dos efeitos indesejados variar conforme as condições orgânicas do corpo humano de cada indivíduo;

9. Fui informado(a) que devo cumprir integralmente as orientações médicas que me foram prescritas, no pré e no pós-procedimento, bem como que devo buscar imediatamente atendimento médico após a alta hospitalar, caso verifique a ocorrência de qualquer sintoma diverso da normalidade, tais como, sangramento, dor, tontura, dentre outros.

10. Estou ciente que necessito prestar todas as informações relativas a alterações na minha saúde, presentes e passadas, clínicas, cirúrgicas, alergias a medicamentos ou alimentos, experiências e ou complicações com anestesia minhas e de familiares, medicações em uso (especialmente anticoagulantes e corticoides) e hábitos (como tabagismo, consumo excessivo de cafeína, uso de bebida alcoólica ou drogas), ciente que qualquer omissão quanto a esses dados poderá trazer prejuízos à saúde do paciente e comprometer o resultado do tratamento.

 HOSPITAL Bruno Born Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE NEURÓLISE E/OU BLOQUEIO DO PLEXO NERVOSO	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

11. Fui informado que são condições que potencializam o risco de ocorrência de infecção a presença de diabetes, obesidade, maus hábitos alimentares e de higiene, ou caso o paciente seja idoso, etilista, tabagista, sedentário ou hipertenso, ou faça uso de drogas, medicamento corticosteroide ou anticoagulante, ou se for portador de germe multirresistente na sua flora residente (no seu organismo).

12. Estou ciente que após a alta hospitalar o paciente necessita evitar a realização de esforço físico até ter liberação expressa para realizar isso por parte do seu médico, bem como que a não observância disso poderá causar agravo à sua saúde ou comprometer o resultado do tratamento realizado.

13. Este procedimento me foi explicado de forma clara pelo médico e sua equipe, recebendo orientação quanto aos benefícios, riscos e alternativas, inclusive a sua não realização, oportunidade na qual pude fazer perguntas e obter respostas.

14. Satisfeito com as informações recebidas e de acordo elas, AUTORIZO a execução do procedimento de NEURÓLISE E/OU BLOQUEIO DO PLEXO NERVOSO, conforme prescrito pelo médico assistente, assumindo conscientemente os riscos inerentes do ato.

Lajeado, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável pelo Paciente

Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento

Eu, Dr(a): _____, CRM _____, declaro que coletei este consentimento, informando previamente os riscos e esclarecendo eventuais dúvidas ao paciente/responsável.

Médico(a) – Assinatura