

Clínica Plenus - Medicina da dor e Cuidados Integrados

Rua Coronel Pedro Correa, 520, Quinto Andar - Bairro Centro – Alfenas / MG
Tel: (35) 3299-6414 / E-mail: contato@clinicaplenus.med.br



TERMO DE INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO INTERVENCIONISTA E CLÍNICO DA DOR

PACIENTE: _____ Data de
Nascimento: __/__/____ Idade: _____
Identidade nº _____ Órgão expedidor: _____

OBS: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome: _____
Idade: _____
Grau de Parentesco: _____
Identidade nº: _____ Órgão Expedidor: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL: DR. CARLOS MARCELO DE BARROS, devidamente inscrito no CRM-MG: 39.448, médico anestesiologista com área de atuação em dor (AMB-SBA) e especialização em Cuidados Paliativos.
Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5222329320430188>

1 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

2 - DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DOLOROSA:

3 - PROCEDIMENTOS PROPOSTOS:

4 - RISCOS SÉRIOS OU FREQUENTES: LESÃO TEMPORÁRIA OU PERMANENTE DO NERVO, EDEMA, HEMATOMA LOCAL, INEFICÁCIA DO PROCEDIMENTO, MANTENDO QUADRO DE DOR, MENINGITE QUÍMICA OU INFECCIOSA, DORMÊNCIA DOS MEMBROS, PERDA DE FORÇA TEMPORÁRIA OU PERMANENTE. DECLARO QUE FUI INFORMADO, QUE APESAR DE RAROS, HÁ RELATOS NA LITERATURA MÉDICA DE ÓBITOS EM VIRTUDE DE COMPLICAÇÕES RELACIONADAS PROCEDIMENTOS INTERVENCIONISTAS DA DOR, MESMO QUANDO ADEQUADAMENTE EXECUTADOS.

ASSINATURA: _____

5- DECLARO QUE ME FOI OFERECIDO TEMPO SUFICIENTE PARA LER ESTE TERMO E QUE TODAS AS DÚVIDAS E/OU TERMOS TÉCNICOS FORAM PRONTAMENTE RESPONDIDOS E ESCLARECIDOS, DECLARO TAMBÉM QUE DURANTE TODO TEMPO DE LEITURA DESTE TERMO HAVIA UM PROFISSIONAL TREINADO A MINHA DISPOSIÇÃO PARA ESCLARECER EVENTUAIS DÚVIDAS.

ASSINATURA: _____

6- DECLARO QUE LI, ENTENDI E ASSINEI ESTE TERMO NO MÍNIMO DOZE HORAS ANTES DA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO PROPOSTO. DECLARO QUE RECEBI UMA CÓPIA DESTE TERMO E FUI INFORMADO DE QUE QUALQUER DÚVIDA DEVERÁ SER PRONTAMENTE ESCLARECIDA.

DATA: ___/___/____ ÀS ____ HORAS.

ASSINATURA: _____

7- DECLARO TAMBÉM QUE FUI INFORMADO QUE POSSO DESISTIR DO PROCEDIMENTO A QUALQUER MOMENTO ANTES DE SUA REALIZAÇÃO, NÃO TENDO QUE DAR QUALQUER JUSTIFICATIVA PARA ISTO E ESTANDO CIENTE DE QUE OS CUSTOS MÉDICO-HOSPITALARES SERÃO CALCULADOS SOMENTE ATÉ O MOMENTO DA DESISTÊNCIA E QUE ME FORAM EXPLICADOS TODOS OS RISCOS E MALEFÍCIOS QUE A NÃO REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO PODE ACARRETAR, OS QUAIS COMPREENDI.

8- ESTOU CIENTE DE QUE, QUANDO SE TRATAR DE DOENÇAS ONCOLÓGICAS, EM MUITAS SITUAÇÕES, OS PROCEDIMENTOS PODERÃO SER REALIZADOS COM MINHAS CONDIÇÕES CLÍNICAS SENDO CONSIDERADAS NÃO ADEQUADAS EM OUTRO CONTEXTO CLÍNICO. ENTENDO QUE ESSE RISCO AUMENTADO FAZ PARTE DO MEU QUADRO CLÍNICO E QUE O PROCEDIMENTO PODERÁ ALIVIAR MEUS SINTOMAS E REDUZIR O SOFRIMENTO.

9- ENTENDO QUE O TRATAMENTO INTERVENCIONISTA DA DOR PODE ALIVIAR MEU SOFRIMENTO, MAS NÃO TEM INDICAÇÃO E NEM RESULTADOS DIRETOS SOBRE O TRATAMENTO DA DOENÇA ONCOLÓGICA.

10- PROCEDIMENTO ENVOLVE:

() ANESTESIA GERAL () ANESTESIA LOCAL () ANESTESIA REGIONAL () SEDAÇÃO.

ASSINATURA: _____

CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE

1- Declaro, para os efeitos do art. 6º da Lei nº 8.078/90, ter ciência de que todo procedimento médico pode provocar alterações no organismo e ter consequências variadas, sejam benefícios ou prejuízos, seja no seu estado físico ou em sua saúde, sendo

de meu conhecimento que a obrigação da equipe em relação aos atos médicos contratados é de meio e não de resultado.

2- Declaro também, nos termos do disposto no art. 14 e seu parágrafo 4º e inc. VI, do art. 39 da Lei nº 8.078/90, estar ciente de não estar isento(a) de sofrer qualquer complicação em minha saúde e em meu estado físico. Declaro, ainda, expressamente, estar ciente da possibilidade de advirem sequelas após o tratamento a ser realizado pela equipe médica.

3-Estou ciente, ainda, de que, em procedimentos intervencionistas, como o presente, poderão ocorrer transtornos ou complicações como as seguintes:

- Dor e/ou vermelhidão no local da punção/ perfuração/ incisão.
- Dor reflexa em outros locais.
- Dor e/ou vermelhidão no local da injeção e/ou acessos venosos.
- Náuseas e vômitos por uso de medicamentos durante o tratamento clínico.
- Náuseas e vômitos por uso de medicamentos durante e/ou após procedimento intervencionista da dor.
- Sonolência após o uso de sedativos e/ou analgésicos.
- Pequenos sangramentos e/ou hematomas no local da punção / perfuração/ incisão.
- Podem ocorrer casos de lesão traumática de estruturas próximas ao local da punção/ perfuração/ incisão;
- Podem ocorrer casos de hemorragia, podendo necessitar de transfusão sanguínea, internação hospitalar e intervenção cirúrgica. A transfusão de hemocomponentes (concentrados de hemácias, plaquetas, plasma ou crioprecipitado) pode ser necessária para restabelecer a função normal do sangue, como, por exemplo, em situações de anemias graves ou hemorragias, ou em decorrência de procedimentos cirúrgicos.

Apesar de os hemocomponentes serem preparados respeitando critérios rígidos de controle de qualidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde, a transfusão sanguínea pode apresentar riscos ao paciente e, por isso, é sempre indicada de forma bastante criteriosa. Esses riscos incluem reações imediatas indesejáveis, como febre, calafrios e alergia, geralmente leves e tratáveis, mas, em raríssimas ocasiões, podem ser fatais. Apesar de os testes sorológicos utilizados atualmente apresentarem alta sensibilidade e segurança, há também um risco mínimo de transmissão de microrganismos que podem não ser detectados por meio desses exames.

4- Declaro, ainda, ter recebido informações detalhadas sobre o diagnóstico, os possíveis prognósticos e sobre os atos a serem adotados, tendo sido tudo perfeitamente entendido e aceito por mim.

5- Estou claramente informado pela equipe da Clínica Plenus Medicina da Dor e Cuidados Integrados da Santa Casa de Alfenas que, tendo em vista o diagnóstico (ou suspeita diagnóstica) acima descrito, serei submetido a tratamento CLÍNICO e/ou INTERVENCIÓNISTA DA DOR, conforme indicação clínica, tendo a minha anuência ou do meu representante legal, para o referido tratamento.

6- Estou ciente de que as condutas propostas serão conduzidas de acordo com os princípios básicos da ética e da moral, em respeito à pessoa humana, e com observação de

segurança, sempre considerando os riscos e benefícios para cada caso. Estou ciente de que um médico da equipe da Clínica Plenus Medicina da Dor e Cuidados Integrados da Santa Casa de Alfenas 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 a que serei submetido.

7- Estou ciente, ainda, de que, para realizar o procedimento acima especificado, poderá ser necessário o emprego de sedação e/ou anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista/intervencionista, estando de acordo e autorizado por mim tal prática e/ou medida.

8- Estou ciente de que o procedimento intervencionista envolve a inserção de agulha(s) e/ou cateter, bombas infusoras, eletrodos e/ou outros dispositivos implantáveis, além de anestésicos e/ou outros medicamentos (corticoides, opioides, anti-inflamatórios e/ou outros que forem necessários ao tratamento), que podem ser guiados(as) ou não por fluoroscopia até uma determinada região do corpo.

9- Entendo perfeita e detalhadamente que o objetivo desta intervenção é apenas o alívio da dor. Entendo que serão utilizados medicamentos como anestésicos e/ou corticoides, podendo, ainda, ser utilizado o método da Radiofrequência, em que são utilizadas agulhas, e/ou cânulas, e/ou cateter, eletrodos, além dos referidos medicamentos, o que, entendo, me foi claramente cientificado, explicado, e que estou de acordo, autorizando referido procedimento.

10- Estou ciente de que o alívio da dor poderá ocorrer ou não (falha do tratamento) e de que eventual alívio poderá ter duração variada (dias, meses ou até anos), dependendo do tipo de patologia e variando de paciente para paciente.

11. Estou ciente, ainda, de que serei submetido à sedação pela equipe de anestesiologia e de que efeitos colaterais adversos e diversos poderão ocorrer em virtude da mesma ou de medicações, como, por exemplo: Náuseas, diarreia, hipertensão arterial, aumento da glicose no sangue, sangramentos epidurais (hematomas epidurais), dor de cabeça, indisposição, mal-estar, dentre outros. Qualquer reação adversa deverá ser informada ao médico imediatamente, quando o paciente estiver consciente durante o procedimento e/ou cirurgia, quando já estiver no quarto do hospital ou após a alta médica.

12. Estou ciente de que, embora raro, é possível, em qualquer tipo de procedimento médico, que ocorram 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 e/ou vertebrais, meningites (química ou infecciosa) e/ou paravertebrais, nos nervos, nos nervos radiculares, nos tendões, tecidos e músculos, bem como sequelas, dentre outros.

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

procedimentos complementares.

14- 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.

15- Declaro, ainda, que fui informado que os seguintes efeitos colaterais poderão ocorrer, sendo eles: sede, devido ao tempo de jejum prolongado e/ou pelo uso de medicamentos, 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 aos medicamentos utilizados; 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); ardência nos olhos, úlceras de córnea, 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 que poderão ser permanentes, mesmo sendo rara esta situação; Poderá haver transtornos de comportamento afetivo e de memória, em geral na forma de ansiedade e, apesar de raros, podem ocorrer quadros psicológicos mais complexos, bem como arritmias e parada cardíaca.

16- Declaro estar ciente, ainda, de que 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 de que, apesar de raras, lesões neurológicas permanentes podem acontecer em decorrência do Tratamento Intervencionista da Dor, mesmo com técnica bem indicada e executada corretamente.

17- Fui informado e estou, cristalinamente, ciente de 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 Clínica Plenus Medicina da Dor e Cuidados Integrados da Santa Casa de Alfenas.

18- 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.

19- Restou esclarecido 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 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.

20- Na condição de paciente do sexo feminino, fui CLARAMENTE informada, que deverei MANTER CONTINUAMENTE E, SEM INTERRUPÇÃO, MÉTODOS CONTRACEPTIVOS DURANTE O TRATAMENTO E QUE COMUNICAREI IMEDIATAMENTE a equipe da Clínica Plenus Medicina da Dor e Cuidados Integrados da Santa Casa de Alfenas em caso de atraso menstrual, suspensão do uso de métodos contraceptivos e/ou suspeita de gravidez, estando devidamente esclarecida de que os medicamentos usados e os tratamentos intervencionistas propostos PODEM ter eventualmente efeitos abortivos e/ou teratogênicos.

21- Declaro estar ciente de que durante e eventualmente após o tratamento, poderá ocorrer 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.

22- Entendo que o médico da equipe da Clínica Plenus Medicina da Dor e Cuidados Integrados da Santa Casa de Alfenas 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 de 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.

23- Concordo em cooperar com os médicos responsáveis pelo meu tratamento até o meu reestabelecimento completo, aceitando e observando as determinações que me forem recomendadas, oralmente 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.

24- 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.

25- Declaro 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 que compreendi o contexto das situações acima descritas, entendendo ainda que, possa haver limitação das minhas atividades cotidianas por um período indeterminado de tempo, o que aceito, autorizando o profissional acima designado e sua equipe médica a realizarem os procedimentos constantes neste termo.

26- Restou esclarecido 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 o impeça.

27- Somente não será aceita a presença de outros profissionais ou acadêmicos durante o procedimento a ser realizado, com o 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 da Clínica Plenus Medicina da Dor e Cuidados Integrados da Santa Casa de Alfenas

28- 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, opioides, antidepressivos, anticonvulsivantes, antipsicóticos, ansiolíticos, anti-inflamatórios não esteroides, corticosteroides, analgésicos não opioides, 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 da Clínica Plenus Medicina da Dor e Cuidados Integrados da Santa Casa de Alfenas. 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, 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.

29- Fui também informado(a) de que, em caso de efeitos graves e intoleráveis, deverei me encaminhar imediatamente ao pronto-socorro mais próximo da minha residência e, assim que possível, contatar o médico da equipe da Clínica Plenus Medicina da Dor e Cuidados Integrados da Santa Casa de Alfenas para informar minha condição clínica.

30- 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.

31- 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 ou Clínico da dor proposto, dados os perigos exacerbados do uso deste tipo de substâncias, me comprometendo a informar imediatamente o médico assistente caso isto ocorra. Estou ciente de que as medicações usadas no Tratamento da Dor podem ter efeitos colaterais indesejáveis e interação medicamentosa potencialmente deletéria à saúde (inclusive graves). Portanto, comprometo-me a informar todos os medicamentos prescritos por outros médicos e/ou uso de drogas lícitas e ilícitas.

32-Declaro ter entendido a importância de ter assiduidade durante todo o tratamento e 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 e eu, como principal interessado e responsável pelo meu tratamento, terei compromisso e responsabilidade pessoal com o mesmo.

33- Declaro que tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas inteira e satisfatoriamente pela equipe médica, tendo sido esclarecido 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) supra mencionados, concordando, assim, em seguir as orientações médicas tais como repouso, dieta, exercícios físicos, utilização de medicamentos e comprometimento com o tratamento.

34- Restou claro que, a qualquer momento e sem necessidade de dar explicação, poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

35- Declaro ainda, estar ciente, de que sou inteira e pessoalmente 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, estando ciente, ainda, de que os procedimentos não autorizados por convênios ou pelo Sistema Único de Saúde só poderão ser realizados de maneira inteiramente particular.

Diante do acima exposto neste termo, o qual li, tomei ciência e, considerando que foi tudo devidamente explicado pelo médico, requeiro, solicito, autorizo e CONSENTO que se realize o procedimento intervencionista acima proposto, bem como todos os demais procedimentos e intervenções que se fizerem necessários em virtude ou em decorrência do procedimento. Declaro, ainda, que recebi do médico abaixo-assinado todas as informações necessárias sobre o procedimento e/ou tratamento a ser realizado, estando ciente dos riscos e demais consequências, conforme disposições acima.

Alfenas, ____ de _____ de _____.

Médico

Paciente, Responsável ou Representante Legal

Testemunha: _____

R.G.: _____

Testemunha: _____

R.G.: _____