**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

|  |
| --- |
| **Procedimento: Tratamento Intervencionista e Clínico da Dor** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Identificação do Paciente (“Paciente”)** | |
| Nome: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data de Nascimento: | \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CPF/ME: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Identificação do Responsável (“Responsável”)**: (No caso de Paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado): | |
| Nome do Responsável: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Endereço: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Telefone: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CPF/ME: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Por este instrumento particular, declaro, para todos os fins de direito que, em especial para fins do disposto nos artigos 6º, III e 39, VI, ambos da Lei 8.078/90 (“Código de Defesa do Consumidor” ou “CDC”), **que, sem qualquer vício de vontade ou consentimento, dá total autorização** ao médico para proceder às investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o Procedimento Cirúrgico designado **Tratamento Intervencionista e Clínico da Dor** (o “Procedimento”), a ser realizado no Hospital Orizonti, localizado na Avenida José de Patrocínio Pontes, n° 1355, Bairro Mangabeiras, CEP n° 30.210-090, na Cidade de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais.

Assim sendo, declaro que o Médico, atendendo ao que determinam os artigos 22 e 34 da Resolução CFM no. 1.931/09 (“Código de Ética Médica”) e após a apresentação de métodos médicos alternativos, sugeriu o Procedimento (anteriormente citado), prestando as informações detalhadas sobre o estado de saúde do Paciente, diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizados, em especial as que seguem abaixo:

**DIAGNÓSTICO PRINCIPAL**:

**DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DOLOROSA:**

**PROCEDIMENTO PROPOSTO:**

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 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.

4. Estou ciente de que um médico da equipe de Medicina da Dor do Instituto Orizonti 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.

5. Entendo que o médico da equipe de Medicina da Dor do Instituto Orizonti 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 se prever resultados em quaisquer práticas médicas, aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultado nos procedimentos médicos propostos.

6. 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.

7. Entendo que o tratamento intervencionista e clínico da dor pode aliviar meu sofrimento, mas não tem indicação e nem resultados diretos sobre o tratamento da doença oncológica.

8. Fui informado, em linguagem clara e compreensível, e estou ciente de que toda intervenção médica e da equipe multidisciplinar, a ser realizada, apresenta riscos de resultados desfavoráveis, de complicações, de lesões temporárias ou definitivas, seja de causa conhecida ou imprevisível, que podem ser decorrentes tanto do tratamento em si, quanto das condições de saúde que cada pessoa apresenta.

**Tratamento Intervencionista da Dor:**

A) Estou ciente de que o procedimento intervencionista envolve a inserção de agulha(s) e/ou cateter, bombas infusoras, técnicas de Radiofrequência, eletrodos e/ou outros dispositivos implantáveis, além de anestésicos e/ou outros medicamentos (corticoides, medicações opioides, anti-inflamatórios e/ou outros que forem necessários ao tratamento), que podem ser guiados(as) ou não por um método de imagem até uma determinada região do corpo. Entendo perfeita e detalhadamente que o objetivo desta intervenção é apenas o alívio da dor;

B) 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 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, lesão temporária do nervo, ineficácia do procedimento e consequente manutenção do quadro álgico, meningite química ou infecciosa, dormência dos membros, perda de força muscular temporária ou permanente, parestesias, dormências, diminuição da percepção tátil. Fui informado de que, apesar de raras, déficits neurológicos medulares e/ou radiculares, infecções advindas do procedimento, especialmente nos discos intervertebrais, nos tendões, tecidos e músculos, bem como sequelas, dentre outros. Lesões neurológicas permanentes podem acontecer em decorrência do Tratamento Intervencionista da Dor, mesmo com técnica bem indicada e executada corretamente. 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, problemas cardiovasculares, respiratórios e urinários, que podem inclusive ensejar necessidade de nova intervenção cirúrgica e morte.

C) Além disso, as principais complicações associadas especificamente a este procedimento são os seguintes:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

D) 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.

**Tratamento Clínico e Uso de Medicamentos Controlados**:

A)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 pela equipe de Medicina da Dor do Instituto Orizonti. Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que os medicamentos que possa 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, redução do libido e/ou disfunção sexual.

B) 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.

C) 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 ou preferencialmente ao pronto atendimento do Instituto Orizonti e assim que possível, contatar a equipe de Medicina da Dor do Instituto Orizonti para informar minha condição clínica.

D) 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 de Medicina da Dor do Instituto Orizonti 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.

E) 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.

F) 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.

G) Estou 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.

H) 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.

I) 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, estando de acordo e autorizado por mim tal prática e/ou medida. Estou 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.

J) 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 de Medicina da Dor do Instituto Orizonti.

K) Em caso de acidente com exposição de material biológico com o profissional que me assiste, autorizo a coleta de amostra do meu sangue para a realização de exames específicos, conforme recomendação do Ministério da Saúde.

L) 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. 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.

M) Declaro que não omiti nenhuma informação sobre meu estado de saúde e condições emocionais, considerando-me apto(a) a ser submetido(a) ao(s) procedimento(s) e tratamentos supramencionados, concordando, assim, em seguir as orientações médicas. Durante todo tempo de leitura deste termo havia um profissional treinado a minha disposição para esclarecer eventuais dúvidas.

N) Declaro que estou bem-informado e esclarecido sobre:

– Os possíveis benefícios, riscos ou efeitos colaterais do tratamento proposto, incluindo problemas potenciais associados à anestesia;

– As alternativas científicas estabelecidas ao tratamento proposto, os possíveis riscos, benefícios e efeitos colaterais relacionados a essas alternativas, incluindo os possíveis resultados, caso não receba qualquer tratamento;

– A possível necessidade de registros fotográficos ou vídeos, para documentar ou auxiliar na elaboração do tratamento, ou para fins didáticos, respeitando-se a privacidade individual e o Código de Ética Médica.

– Autorizo a divulgação das informações médicas contidas em meu prontuário, exclusivamente para finalidade científica da Instituição, desde que minha identidade permaneça anônima.

\_ Autorizo a realização de filmagens/fotografias e, caso necessário, a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a)/cirurgião(ã)-dentista, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro, assegurando o pleno sigilo de minha identidade.

Pleno deste entendimento, **autorizo a realização do Procedimento proposto e dos demais procedimentos aqui estabelecidos**.

Belo Horizonte, MG, [\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_][\_\_:\_\_]

|  |
| --- |
| **Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| (No caso de Paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado)  **Assinatura do Responsável Legal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

Confirmo que expliquei detalhadamente ao(à) Paciente ou ao(à) Responsável, o propósito, os riscos, os benefícios, os prognósticos e as alternativas para o(s) Procedimento acima descrito.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do Médico Assistente e carimbo**

|  |
| --- |
| **Termo de acompanhante do paciente submetido a procedimentos ambulatoriais**  Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Identidade N.o:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento cirúrgico ambulatorial realizado no Instituto Orizonti, até sua residência.  Belo Horizonte \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Hora:\_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |