|  |  |
| --- | --- |
| TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  Serviço de Tratamento da Dor e Medicina Paliativa  Eu, abaixo assinado, autorizo o(a) médico(a)      , e equipe médica do Serviço de Tratamento da Dor e Medicina Paliativa do Hospital de Clinicas de Porto Alegre realizarem o procedimento proposto      . O(a) médico(a) explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos do procedimento e foi dada oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente.  Declaro estar ciente que o procedimento tem como objetivo a melhora da dor, através da interrupção temporária ou definitiva da sensibilidade da região. Sei também que o resultado no controle da dor e tempo de duração depende, além da técnica utilizada, das características e evolução da doença, não interferindo diretamente no meu tratamento específico. A persistência da dor total ou parcial pode ocorrer em decorrência de doença avançada, progressiva ou pela recuperação neuronal.  Sei que este procedimento não é isento de riscos, já que além daquelas complicações possíveis durante o procedimento existem outras que podem ocorrer no período imediato ou tardio.  Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:   1. Complicações técnicas durante o procedimento que impeçam a sua realização. 2. Suspensão do procedimento por condições técnicas, clínicas ou administrativas surgidas imediatamente antes da sua realização e que não dependem da ação da equipe para sua resolução. 3. Dormência ou anestesia no local da dor e às vezes redução da força na região. 4. Dor ou desconforto na região de punção. 5. Formação de edema, hematoma ou infecção no local de punção. 6. Necessidade de mudança de técnica por dificuldade da realização do procedimento proposto ou complicações. 7. Dor neuropática central ou periférica no caso de bloqueios neurolíticos. 8. Toxicidade por parte dos agentes utilizados nos bloqueios com anestésicos. 9. Outros riscos (especificar quando pertinente);      .   Estou ciente de que a lista anterior pode não contemplar todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer neste procedimento, mas é a lista de riscos mais comuns.  Fui informado(a) também sobre alternativas terapêuticas ao tratamento proposto, incluindo os riscos e/ou benefícios de não ser tomada qualquer atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s).  Reconheço que, durante o procedimento ou no período imediatamente após a sua realização, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo a equipe médica a executar esses atos e outros procedimentos que sejam considerados necessários e desejáveis. Esta autorização estende-se a todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento da equipe médica até o momento em que o procedimento for iniciado.  Aceito também que o procedimento seja realizado no bloco cirúrgico, sob anestesia local ou sedação, e com os cuidados exigidos aos procedimentos anestésico-cirúrgicos. Reconheço que sempre existem riscos para a vida e possibilidade de complicações com a anestesia.  Autorizo igualmente que imagens do procedimento e de exames complementares, entre outras, possam ser utilizadas para fins científicos, como apresentação de casos a acadêmicos ou residentes e apresentações em eventos médicos, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. Da mesma forma estou ciente que profissionais devidamente qualificados, nas funções de auditores, peritos médicos oficiais, avaliadores em programas de acreditação ou servidores públicos exercendo atividades regulatórias poderão ter acesso aos dados do prontuário, mantendo o compromisso de sigilo destas informações.  Estou ciente que o tratamento não se limita ao procedimento previsto, sendo que deverei retornar ao ambulatório/hospital nos dias determinados pela equipe médica, bem como informá-la imediatamente sobre possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir.  **CONCLUSÃO**  Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente de que a obrigação do médico é utilizar todos os meios conhecidos e disponíveis no local onde se realiza o tratamento, na busca da saúde do paciente. Estou ciente que eventuais resultados adversos podem ocorrer mesmo com os melhores cuidados técnicos aplicados e que a equipe garante o seguimento necessário após a sua realização. Assim, decidi conjuntamente com a equipe médica que o tratamento proposto acima é a melhor indicação neste momento para o meu quadro clínico.  Certifico que este formulário me foi explicado, que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.  Data      /     /  Nome (em letra de forma) do paciente ou responsável:  Assinatura do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Grau de parentesco do responsável:  Assinatura e CRM do médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pela equipe.**  **O(a) médico(a) deverá registrar a obtenção deste consentimento no Prontuário do Paciente, no item evolução.** | |
| POA 11 PB  **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Serviço de Tratamento da dor e  Medicina Paliativa** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-447FE – 292517 – gráfica hcpa – mai23**