



**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DOS
PROCEDIMENTOS DE DOR:
BLOQUEIOS E RIZOTOMIA**

Nome: _____

RG: _____

Procedimento: _____

1. Entendo perfeitamente e com detalhes que o objetivo desta intervenção é apenas a alívio da dor.
2. Que serão utilizados medicamentos como corticóides e anestésicos.
3. O alívio poderá ocorrer ou não (falha do tratamento).
4. Que este alívio poderá ter duração variada (dias, meses ou até anos) dependendo de patologia para patologia e de paciente para paciente.
5. Que serei submetido á sedação pela equipe de anestesia.
6. Que efeitos colaterais adversos poderão ocorrer e poderão ser diversos, por exemplo. advindos dos medicamentos, como náuseas, diarréia, hipertensão arterial, aumento da glicose no sangue, sangramentos epidurais (hematomas epidurais), dor de cabeça, indisposição, mal estar dentre outros. Se ocorrerem, procurar auxílio médico imediato.
7. Raramente, mas possível, em qualquer tipo de procedimento médico poderão ocorrer fatalidades, tais como: reações alérgicas graves, infarto do miocárdio, acidente cerebral isquêmico e hemorrágico, parada cardíaca e respiratória, morte, déficits

neurólógicos medulares e/ou radiculares, infecções advindas do procedimento, especialmente nos discos vertebrais, dentre outros.

8. Que foi informado sobre todos os detalhes do procedimento (técnica, medicamentos a serem utilizados, objetivos, falhas e riscos) não podendo alegar o contrário após o mesmo ter sido efetuado.

_____, _____ de _____.

Assinatura: _____