

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTO EM NEURORRADIOLOGIA
INTERVENCIONISTA**

PACIENTE	RESPONSÁVEL/ REPRESENTANTE
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p align="center">Cole aqui a etiqueta</p> </div> <p>Nome: _____</p> <p>RH: _____ DN: __/__/____</p> <p align="center">(Preencher somente na ausência da etiqueta)</p>	<p>Nome: _____</p> <p>_____</p> <p>Grau de Parentesco: _____</p> <p>RG: _____</p> <p>Telefone: (____) _____</p>

Eu autorizo o Dr. _____ CRM N°: _____ a realizar o procedimento intervencionista radiológico denominado _____ que foi solicitado.

Objetivo do procedimento: _____

Procedimento Proposto: _____

Estou ciente de que em procedimentos intervencionistas, como citado, poderão ocorrer transtornos ou complicações como os seguintes:

- Dor no local da punção/biópsia;
- Dor reflexa em outros locais;
- Dor e/ou vermelhidão no local da injeção de sedativos;
- Náuseas após o uso de sedativos;
- Sonolência após o uso de sedativos;
- Pequenos sangramentos ou hematomas no local da incisão;
- Muito raramente podem ocorrer casos de lesão traumática de órgãos e estruturas próximas ao local da punção/biópsia;
- Muito raramente 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 microorganismos que podem não ser detectados através desses exames;

Estou ciente 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.

Estou ciente de que o procedimento intervencionista envolve a inserção de uma agulha fina e/ou cateter através da pele, que é guiado (a) por fluoroscopia, tomografia computadorizada ou ultrassonografia até uma determinada região do corpo.

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTO EM NEURORRADIOLOGIA
INTERVENCIONISTA**

Por fim, declaro ter lido as informações, que todas as minhas dúvidas e questões foram esclarecidas através de linguagem clara, a qual entendi perfeitamente, decidindo conjuntamente com o meu médico que **PROCEDIMENTO EM NEURORRADIOLOGIA INTERVENCIONISTA** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize a **PROCEDIMENTO EM NEURORRADIOLOGIA INTERVENCIONISTA** proposta.

Campinas, ____ de _____ de _____.

Médico

Paciente Responsável ou Representante

Testemunha: _____ R.G.: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: ____/____/____ e afirmo que não desejo prosseguir no tratamento que me foi proposto, que dou como finalizado nesta data, assumindo toda e qualquer responsabilidade pelos riscos aos quais me exponho e que me foram explicados, ao tomar esta decisão. Ainda assim **ISENTO** de qualquer responsabilidade o médico assistente.

Campinas, ____ de _____ de _____.

Médico

Paciente ou Responsável ou
Representante