



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
APLICAÇÃO DE BLOQUEIO NEUROLÍTICO**

Atend. _____

Pront. _____

Paciente: _____
Data Nasc.: _____ Religião: _____
Idade: _____ Fone Residencial: _____
Sexo: _____ Médico Resp.: _____
Estado Civil: _____ Fone Contato: _____
Naturalidade: _____ Endereço: _____
Grau: _____ Bairro: _____
Profissão: _____ Cidade: _____
Responsável: _____ CEP: _____
Observação: _____

Lateralidade () Direito () Esquerdo () Bilateral
() Ambulatório () Hospital

1. O procedimento consiste em administração de toxina botulínica e/ou fenol em músculos e/ou nervos pré determinados com finalidade de tratamento da espasticidade focal, distonias e outros distúrbios do movimento, sialorréia e estrabismo.

2. Fui informado pelo médico abaixo identificado de que as avaliações e exames realizados revelaram alteração, diagnóstico e/ou hipótese diagnóstica: _____

3. Foram-me explicados os benefícios e as possibilidades de obter os resultados que espero e quaisquer problemas potenciais que possam ocorrer durante a recuperação e os riscos que existem em não realizar o procedimento.

4. O meu médico me informou as possíveis consequências da não realização deste procedimento e/ou tratamento.

5. É de minha livre escolha realizar o procedimento abaixo identificado com esta equipe médica, neste hospital/ambulatório, estando ciente dos riscos potenciais deste procedimento, sendo eles:

() Aplicação de toxina botulínica. Riscos: tontura, fraqueza, mal estar, dificuldade para engolir, náuseas, boca seca, secura e irritação dos olhos, visão dupla e turva, lacrimejamentos, sensibilidade à luz e reações alergias na pele.

() Aplicação de Fenol. Riscos: dor e alergia local.

Estou ciente do risco de contrair o Novo Coronavírus-COVID-19 durante a internação ou no período pós operatório podendo desenvolver complicações respiratórias associadas.

6. Autorizo o médico abaixo identificado, bem como seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionados a intervir no procedimento.

PREENCHIMENTO PELO PACIENTE/RESPONSÁVEL

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com tudo o que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

() Paciente () Responsável

Nome legível: _____ Assinatura: _____

Grau de parentesco: _____ RG n°: _____

São Paulo ___/___/_____ Hora: _____: _____

PREENCHIMENTO PELO MÉDICO

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento descrito. De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do Médico: _____ Assinatura: _____ CRM: _____