



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO BLOQUEIOS PERIFÉRICOS		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

1. DIAGNÓSTICO E INDICAÇÃO

A condição clínica atual justifica a realização de um Bloqueio de Nervos Periféricos (ou Bloqueio Regional). Este procedimento é indicado para promover anestesia (perda de sensibilidade para a realização de uma cirurgia) e/ou analgesia (alívio da dor no período pós-operatório ou no tratamento de dores agudas/crônicas). O procedimento consiste na administração de medicamentos (anestésicos locais, podendo ser associados a adjuvantes como anti-inflamatórios) ao redor de um nervo ou plexo nervoso específico, interrompendo temporariamente a transmissão dos sinais de dor daquela região do corpo para o cérebro.

2. BENEFÍCIOS, PROBABILIDADE DE SUCESSO E RISCOS DO NÃO TRATAMENTO

Benefícios: Os benefícios esperados incluem o alívio direcionado e eficaz da dor, a redução da necessidade de uso de analgésicos sistêmicos (como os opioides/morfina) e a diminuição de seus efeitos colaterais (náuseas, vômitos, sonolência, constipação). Além disso, proporciona um despertar mais confortável e uma reabilitação mais precoce. **Probabilidade de Sucesso:** A probabilidade de sucesso é elevada, especialmente com o uso de tecnologias atuais, como a ultrassonografia e/ou o neuroestimulador, que permitem a visualização e localização precisa dos nervos. Contudo, a medicina não é uma ciência exata e variações anatômicas individuais podem interferir na eficácia total do bloqueio. **Riscos do Não Tratamento:** A recusa à realização do bloqueio periférico implicará na necessidade de utilizar técnicas alternativas (como anestesia geral isolada ou altas doses de analgésicos na veia), o que pode resultar em dor pós-operatória de mais difícil controle, maior incidência de efeitos colaterais sistêmicos e potencial atraso na recuperação e alta hospitalar.

3. OPÇÕES E ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO

Antes da indicação deste procedimento, foram consideradas opções e alternativas, que incluem:

- Anestesia Geral: Onde o paciente permanece totalmente inconsciente e necessita de suporte respiratório, com controle da dor feito exclusivamente por medicações na veia.
- Anestesia Neuroeixo (Raquianestesia ou Peridural): Bloqueio realizado na região da coluna vertebral, que adormece uma área maior do corpo (geralmente da cintura para baixo).
- Analgesia Sistêmica Exclusiva: Controle da dor feito apenas com medicamentos por via oral ou intravenosa (anti-inflamatórios, analgésicos simples e opioides).

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO E RISCOS ESPECÍFICOS

O bloqueio periférico é realizado com a inserção de uma agulha específica através da pele até a proximidade do nervo-alvo, geralmente guiada por ultrassom. Após a confirmação do local correto, o anestésico local é injetado. O paciente pode receber sedação leve a moderada para maior conforto durante a punção. Embora a equipe médica utilize todas as técnicas preventivas e de segurança, o paciente deve estar ciente dos seguintes riscos e complicações potenciais:

1. COMPLICAÇÕES NEUROLÓGICAS

- Parestesias, dormência ou formigamento prolongado
- Neurite pós-procedimento
- Dor neuropática intensa
- Fraqueza muscular transitória
- Lesão de nervo periférico (rara)
- Anestesia prolongada de território periférico
- Síndrome neurológica grave (raríssima), como déficit motor persistente



2. COMPLICAÇÕES HEMORRÁGICAS

- Hematoma local
- Hematoma compressivo em trajetos nervosos
- Hemorragia em tecidos profundos
- Excepcionalmente, compressão nervosa secundária ao hematoma

3. COMPLICAÇÕES INFECCIOSAS

- Infecção no local da injeção
- Celulite
- Abscesso profundo
- Infecção de bainha neural
- Infecção sistêmica (rara)

4. COMPLICAÇÕES FARMACOLÓGICAS

Por anestésicos locais:

- Toxicidade sistêmica (convulsões, arritmias, confusão mental)
- Reação alérgica

Por corticosteroides:

- Elevação transitória da glicemia
- Retenção de líquidos
- Reação inflamatória local
- Supressão temporária do eixo adrenal

5. COMPLICAÇÕES TÉCNICAS / PROCEDIMENTAIS

- Injeção intravascular inadvertida
- Punção de estruturas adjacentes (tendões, músculos, vasos)
- Falha do bloqueio ou alívio insuficiente
- Efeito rebote de dor nas primeiras 48–72 horas
- Extravasamento de solução para planos adjacentes

6. COMPLICAÇÕES ESPECÍFICAS DA RADIOFREQUÊNCIA

- Dor intensa nos primeiros dias
- Neurite térmica
- Formação de neuromas dolorosos
- Queimadura superficial (rara)

7. COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS

- Reações vasovagais (tontura, náusea, síncope)
- Trombose venosa profunda em pacientes de risco
- Descompensação clínica em pacientes frágeis

8. COMPLICAÇÕES GRAVES (RARAS)

- Infarto medular ou dano neural permanente
- Infecção profunda extensa
- Reação anafilática
- Óbito (extremamente raro)

E podem ocorrer complicações específicas ao quadro clínico como (deixar em branco se não houver):

5. USO DE SANGUE E HEMODERIVADOS

Devido à natureza minimamente invasiva do bloqueio periférico, o risco de perda sanguínea que exija transfusão é extremamente raro. No entanto, caso o bloqueio seja parte de um procedimento cirúrgico maior, ou ocorra uma complicação vascular imprevista, a transfusão de sangue ou hemocomponentes poderá ser indicada para manter a estabilidade hemodinâmica e a vida do paciente. As alternativas ao uso de sangue (como expansores de volume e medicamentos que reduzem o sangramento) serão utilizadas sempre que clinicamente seguras, e todos os rigorosos protocolos de triagem e segurança transfusional serão seguidos.



6. PROCESSO DE RECUPERAÇÃO E EDUCAÇÃO SOBRE O MANEJO DA DOR PÓS-OPERATÓRIA

A duração do efeito do bloqueio varia de acordo com o medicamento utilizado, podendo durar de algumas horas até mais de 24 horas. Durante este período, o membro bloqueado apresentará diminuição da sensibilidade e da força motora. Educação para o Manejo da Dor (Documentada):

Fui instruído(a) e compreendi as seguintes orientações sobre o controle da minha dor:

- Proteção do Membro: Enquanto o membro estiver dormente, devo protegê-lo contra traumas, calor ou frio extremos e não devo apoiar peso sobre ele sem supervisão, para evitar lesões inadvertidas.
- Transição Analgésica: Fui orientado(a) de que o efeito do bloqueio passará gradativamente. Fui instruído(a) a iniciar as medicações analgésicas prescritas (por via oral ou na veia) antes que a dor se torne intensa, logo aos primeiros sinais de formigamento que indicam o fim do efeito do bloqueio.
- Opções de Resgate: Caso a dor não seja controlada com as medicações iniciais, a equipe médica disponibilizará opções de resgate analgésico (medicamentos mais fortes) conforme protocolo institucional.

7. ANESTESIA E MATERIAIS

Estou ciente de que, para realizar o bloqueio periférico, poderá ser necessário o emprego de sedação ou anestesia complementar, cujos métodos, técnicas e fármacos serão de indicação exclusiva do médico anesthesiologista, estando também ciente dos riscos e benefícios. Autorizo o uso de materiais específicos (como agulhas de neuroestimulação e cateteres contínuos, se aplicável), bem como condutas emergenciais imprevisíveis que se façam necessárias para garantir minha segurança.

8. DISPOSIÇÕES LEGAIS E CONSENTIMENTO

Esta autorização é dada ao médico que me assiste, bem como aos seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionados a intervir no procedimento, de acordo com seu julgamento profissional.

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao procedimento, após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de minha assinatura. Foram fornecidas à equipe médica as informações corretas sobre o meu estado de saúde, incluindo doenças, alergias e medicações em uso (especialmente anticoagulantes), sem nada ocultar.

Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações possíveis, mas as mais relevantes. Fui amplamente esclarecido(a) pelo médico assistente.

Consinto, portanto, que o médico assistente realize o procedimento e permito que utilize seu julgamento técnico para alcançar os melhores resultados possíveis. Sei que possuo o pleno direito de revogar este consentimento a qualquer tempo antes do início do procedimento, sem que isso implique qualquer penalidade ao meu atendimento.

Declaro ter sido devidamente informado(a) e compreender que a instituição atua como um hospital de ensino. Estou ciente e concordo que, em virtude dessa natureza institucional, meu atendimento poderá contar com a participação de médicos residentes, internos e outros profissionais de saúde em treinamento, os quais poderão realizar avaliações clínicas, prescrever tratamentos e atuar nos procedimentos indicados.

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL



Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

Declaro que expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está(ão) em condições de compreender o que lhes foi informado.

PROFISSIONAL

Nome:

Número do Conselho Profissional/ES:

_____ às _____ de _____ de _____ de _____.

Local, hora, data

1ª via: médico 2ª via: Paciente 3ª via: Prontuário *(levar para o Hospital no dia do procedimento)*