



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DENERVAÇÃO E INFILTRAÇÃO COLUNA		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

1. DIAGNÓSTICO E INDICAÇÃO

A condição clínica que justifica o procedimento proposto é a dor crônica na coluna vertebral, podendo ser decorrente de síndrome facetária, discopatia degenerativa ou radiculopatia. A cirurgia indicada é a Denervação e Infiltração Percutânea de Coluna, que consiste no bloqueio de sinais dolorosos e redução do processo inflamatório local.

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

Os benefícios esperados incluem o alívio significativo da dor, redução do consumo de medicamentos analgésicos e melhora da mobilidade funcional. A probabilidade de sucesso é elevada para o controle dos sintomas, embora a duração do efeito seja variável (meses a anos) e não possa ser garantida de forma definitiva. A recusa ao tratamento implicará no agravamento da dor crônica, progressão da incapacidade física, limitação severa de atividades diárias e dependência crônica de analgésicos potentes.

3. OPÇÕES E ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO

Antes da indicação cirúrgica, foram consideradas ou tentadas alternativas não cirúrgicas, tais como: Fisioterapia motora, acupuntura, manejo farmacológico oral (analgésicos, neuromoduladores), perda de peso e exercícios de fortalecimento. Como alternativas cirúrgicas convencionais, dependendo da patologia específica, existem a cirurgia aberta de coluna, artrodese (fusão) ou descompressão medular/radicular.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO E RISCOS ESPECÍFICOS

O procedimento é minimamente invasivo, realizado através da inserção de agulhas ou eletrodos guiados por métodos de imagem (fluoroscopia ou ultrassom) até os nervos ou articulações alvo. É realizada a injeção de medicamentos (anestésicos e corticoides) ou aplicação de energia térmica (radiofrequência) para interromper a condução da dor. Embora a equipe médica utilize todas as técnicas preventivas, o paciente deve estar ciente dos seguintes riscos:

- **Infecção:** Risco de infecção superficial na pele ou profunda (espondilodiscite, abscesso epidural, meningite), que pode exigir uso prolongado de antibióticos ou, raramente, cirurgia para drenagem.
- **Sangramento e Hematoma:** Sangramento no local da punção ou internamente (hematoma peridural ou subdural), que pode comprimir nervos e, em casos extremos e raros, causar déficits neurológicos graves, necessitando de descompressão cirúrgica de urgência.
- **Lesão Nervosa ou Medular:** Trauma direto da agulha ou dano térmico (na radiofrequência) a nervos adjacentes, podendo causar dormência (parestesia), formigamento, fraqueza muscular temporária ou permanente, ou até mesmo piora paradoxal da dor (neurite pós-radiofrequência).
- **Punção Dural Acidental:** Perfuração inadvertida da membrana que envolve a medula (dura-máter), podendo causar vazamento de líquido cefalorraquidiano, resultando em cefaleia (dor de cabeça) intensa ao ficar em pé, náuseas e tontura, que pode necessitar de repouso prolongado ou de um procedimento corretivo chamado "blood patch" (tampão sanguíneo).
- **Reações Adversas a Medicamentos:** Alergia grave (anafilaxia) ao contraste iodado, anestésicos locais ou corticoides. Efeitos sistêmicos dos corticoides, como aumento da glicemia (em pacientes diabéticos), retenção de líquidos, insônia ou rubor facial.
- **Falha do Procedimento:** Ausência de alívio da dor ou alívio de curta duração, podendo necessitar de novos procedimentos ou de outras abordagens cirúrgicas.

5. USO DE SANGUE E HEMODERIVADOS

Devido à natureza percutânea e minimamente invasiva da cirurgia, a necessidade de transfusão é extremamente rara. Contudo, em caso de lesão vascular catastrófica imprevisível, a transfusão de

sangue ou hemoderivados poderá ser indicada para manter a estabilidade hemodinâmica e a segurança vital do paciente. Todos os protocolos de segurança transfusional serão seguidos para minimizar riscos de reações alérgicas ou infecções. As alternativas iniciais incluem o uso de expansores de volume (cristaloides).

6. PROCESSO DE RECUPERAÇÃO

O período médio de internação é curto, com alta hospitalar geralmente no mesmo dia. O paciente e/ou familiares foram informados e educados, antes da realização do procedimento, sobre as opções disponíveis para o manejo da dor pós-operatória; esta educação está documentada. As opções incluem o uso de analgésicos simples e anti-inflamatórios prescritos, aplicação de gelo local para alívio do desconforto temporário no sítio da punção (flare-up) e repouso relativo nas primeiras 24 a 48 horas.

7. ANESTESIA, ÓRTESES E PRÓTESES

Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico;

Estou ciente de que, para realização do(s) procedimento(s) acima especificado(s), poderá ser necessária a utilização de órteses, próteses e materiais especiais e por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi(ram) exposto(s) no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a necessidade de cada evento;

8. DISPOSIÇÕES LEGAIS E CONSENTIMENTO

Esta autorização é dada ao médico que me assiste bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outros(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação;

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de minha assinatura. Foram observadas todas as orientações necessárias para o procedimento, bem como foram fornecidas à equipe médica, as informações sobre o estado de saúde do(a) paciente, incluindo doenças, medicações acerca das quais apresenta alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, tendo recebido da equipe médica a orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.

Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis de acontecer neste procedimento / tratamento, mas apenas os mais frequentes. Contudo, fui amplamente esclarecido pelo médico assistente e sua equipe.

Consinto, portanto, ao médico assistente a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

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.



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. Comprometo-me a expressar previamente negativas de forma expressa e irrevogável a atos, tratamentos ou condutas os quais opto por não autorizar.

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)*