

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO INFILTRAÇÃO ARTICULAR

Data: Setembro/2022 Versão: 002

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
Nome Social: \_\_\_\_\_  
Gênero: \_\_\_\_\_ D.N.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nº Atendimento: \_\_\_\_\_ Leito/Andar: \_\_\_\_\_  
**Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui**

O presente termo de consentimento esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente \_\_\_\_\_ quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento de infiltração articular ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviço do Hospital Geral Dr. Beda.

### **Espaço deverá ser preenchido pelo paciente e/ou responsável**

Eu, \_\_\_\_\_ inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ ( ) paciente ( ) responsável (grau de parentesco: \_\_\_\_\_), autorizo a realização do exame \_\_\_\_\_ que foi solicitado pelo médico \_\_\_\_\_.

### **Declaro que:**

1 – Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas do (s) procedimento (s), após ter discutido e analisado com a equipe técnica os principais riscos e complicações do (s) exame (s) específico (s) a minha condição clínica, bem como de ter lido e compreendido todas as informações deste documento antes de sua assinatura.

2 – Também fui informado (a) que os exames de Ressonância Magnética independente de todos os cuidados a serem tomadas, experiência profissional e técnica a ser utilizada, sempre envolvem riscos que pode levar a complicações conhecidas e outras imprevisíveis, inclusive após a sua realização. Razão pela qual autorizo a equipe médica a realizar, nesses casos, qualquer procedimento adicional que vise meu benefício, controle ou cura dessa ou outra patologia.

3 – A infiltração articular tem por objetivo promover analgesia intensa ou prolongada através da administração de anestésico local (lidocaína), associado a corticosteroide ou ácido hialurônico com auxílio de agulhas curtas e/ou longas.

4 - Procedimentos médicos estão sujeitos a risco, que podem ser mínimos, moderados ou graves. É um procedimento seguro e geralmente bem tolerado pelo paciente, porém podem ocorrer alguns efeitos indesejados como reação alérgica a medicações, fraqueza muscular, dor no local, dormência da região ou membro, hematoma no local da injeção, alteração da pigmentação da pele ou tecido subcutâneo, lesão de vasos sanguíneos, tendões e de nervo. Em casos mais raros podem acontecer complicações graves como infecção, crise convulsiva, arritmias cardíacas, hipotensão e bradicardia. No caso de complicações graves, pode ser necessário internação em hospital geral e cirurgia de urgência.

5 - Estou ciente de que existem outros tratamentos para a dor crônica como: medicamentos orais e tópicos, acupuntura, estimulação elétrica transcutânea, cirurgias e exercícios específicos aos quais continuarei a ter acesso, desde que isto represente o meu desejo.

4 – Consinto, a equipe realizar o (s) procedimento (s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que seja alcançado o melhor resultado possível através dos recursos conhecidos na atualidade pela medicina e disponíveis no local onde se realizará o exame.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO INFILTRAÇÃO ARTICULAR

Data: Setembro/2022 Versão: 002

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
Nome Social: \_\_\_\_\_  
Gênero: \_\_\_\_\_ D.N.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nº Atendimento: \_\_\_\_\_ Leito/Andar: \_\_\_\_\_  
**Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui**

**Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.**

**Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.**

Campos dos Goytacazes, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: \_\_\_\_\_  
RG/CPF: \_\_\_\_\_

Ass. Médico Assistente

Nome: \_\_\_\_\_  
CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

**Código de Ética Médica – Art. 22º.** É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

**Art. 34º.** É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º** - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. **Art. 39º** - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.