

CONSENTIMENTO INFORMADO RIZOTOMIA PERCUTÂNEA

De acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 1931/2009) e os artigos 6º III e 39 VI da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), que garante ao paciente as informações sobre seu estado de saúde e dos procedimentos aos quais será submetido.

Eu, _____

Data de Nascimento ____/____/____ Identidade n°: _____ Órgão expedidor: _____, declaro que estou devidamente informado(a) que a cirurgia à qual vou me submeter será a RIZOTOMIA PERCUTÂNEA.

DEFINIÇÃO: método de redução de inervação da coluna vertebral para tentativas de redução da dor local, que não melhorou com tratamentos realizados até então.

Risco de complicações: Ausência de melhora, retorno da dor, piora da dor, infecção, trombose e complicações clínicas, necessidade de novo procedimento, hemorragia, déficit sensitivo e motores.

COMPLICAÇÕES:

1. Ausência de melhora;
2. Retorno da dor;
3. Piora da dor;
4. Infecção;
5. Trombose e complicações clínicas;
6. Necessidade de novo procedimento;
7. Hemorragia;
8. Déficit sensitivo e motores.

Belo Horizonte, _____, de _____, de _____.

Assinatura do paciente/responsável (*)

Assinatura/CRM/carimbo do médico responsável pelo Termo de Consentimento