

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA

INFILTRAÇÃO INTRA-ARTICULAR OU PERIARTICULAR

O (A) paciente _____, ou seu responsável, declara, para todos os fins legais, que dá plena autorização ao (a) médico (a) assistente, o(a) Dr.(a) _____, inscrito no CRM/___ sob o n.º _____, realizar o seguinte procedimento: INFILTRAÇÃO INTRA-ARTICULAR ou PERIARTICULAR, incluindo anestesia com lidocaína 2%. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento de INFILTRAÇÃO, apresentando informações detalhadas sobre o procedimento a ser adotado

DEFINIÇÃO: este procedimento consiste em colocar um medicamento dentro da articulação (intra-articular); ou ao redor da articulação (periarticular), como nas tendinites e bursites. As medicações infiltradas podem ser corticosteróides, ácido hialurônico, anestésico local, toxina botulínica, plasma rico em plaquetas (PRP) ou soro fisiológico 0,9%. Os procedimentos podem ou não ser guiados por métodos de imagem. As infiltrações são utilizadas para controle da dor e da inflamação e para melhorar a mobilidade articular.

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES:

1. Dor local - comum na hora da inserção da agulha, como ocorre em um coleta de sangue habitual
2. Hematoma local – pouco frequente
3. Infecção na articulação infiltrada – <0,005% dos casos
4. Rompimento de tendões próximos ao local infiltrado – relato de casos, mais comum em fásia plantar, tendão de Aquiles e tendão bicipital.
5. Hipocromia local (mancha branca na pele no local da infiltração) – comum, pode ocorrer tardiamente
6. Sinovite reacional – calor, vermelhidão, dor e limitação funcional na articulação infiltrada decorrente da medicação, com resolução em até 48 horas - 1 a 6% dos casos
7. Calor, rubor e sudorese na face e dorso decorrentes da absorção de corticoide – pode ocorrer na hora ou tardiamente

CONTRA-INDICAÇÕES:

Não existem contra-indicações absolutas à realização do exame. As contra-indicações relativas estão relacionadas à inserção da agulha como: doenças que predisponham a sangramentos (uso de anticoagulantes, plaquetopenia) ou condições locais da pele como infecções, edema, fístulas.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada à oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos do procedimento ao qual serei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas. Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa.

Fui orientado repousar a articulação infiltrada por 48 horas após o procedimento e a tomar analgésicos e/ou anti-inflamatórios após a infiltração caso ocorra dor. Fui orientado também a entrar em contato caso a dor persista por mais de 48 horas.

Médico (a): _____

Enfermeiro (a): _____

Paciente (ou responsável legal) _____

Data do procedimento: _____, de _____, de _____.