

MODELO
TERMO DE CONSENTIMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRAOPERATÓRIA (MNIO)

Eu, _____, tendo ciência do que é o procedimento de monitorização neurofisiológica intraoperatória (MNIO) pelo Dr. _____, me sinto esclarecido nos termos do que se assenta abaixo.

Tenho ciência de que este procedimento foi solicitado pelo meu cirurgião como parte do planejamento cirúrgico para dar maior segurança à intervenção, devendo ser ele executado durante a cirurgia por médico habilitado.

Fui cientificado de que esta monitorização ocorrerá com a fixação de eletrodos diretamente no tecido cerebral, visando leitura em tempo real da função, áreas afetadas e acessos às mesmas, além da definição de áreas seguras para a intervenção. [\(Onde se lê “Fui cientificado de que esta monitorização ocorrerá com a fixação de eletrodos diretamente no tecido cerebral”, leia-se “Fui cientificado de que esta monitorização ocorrerá com a fixação de eletrodos diretamente no tecido envolvido” \)](#)

Fui cientificado também que os seguintes riscos, no peri e pós-procedimento de MNIO, podem ocorrer, mesmo que em incidência estatística igual ou inferior a 0,1% dos casos:

1. Infecções
 2. Queimaduras
 3. Hematomas
 4. Déficit neurológico temporário
 5. Funcionamento inadequado do sistema
 6. Lacerações da língua
 7. Crises epiléticas
 8. Quebra dos eletrodos de agulha
 9. Resultados falso-negativos
 10. Outros possíveis riscos.
-

Compromisso com a verdade e em seguir as recomendações médicas:

Declaro () ser () não ser portador de implantes eletrônicos como marca-passo cardíaco, desfibrilador cardíaco automático, estimuladores cerebrais profundos e implantes cocleares. Assumo também o compromisso de seguir rigorosamente as prescrições médicas tanto no pré quanto no pós-operatório.

Declaro me sentir esclarecido e concordar com todos os termos contidos neste documento, que será incorporado a meu prontuário.

Assim, de modo livre, depois de esclarecido, e por espontânea vontade, firmo este documento.

Data do exame: ____/____/____.

Identificação do paciente:

Paciente: _____

Documento de identidade: _____

Sexo : () masculino () feminino Idade: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ CEP: _____

Telefones com DDD _____

Assinatura do paciente ou do responsável legal:

Responsável legal (quando para menores de 18 anos ou idosos com restrição):

Documento de identidade do responsável legal: _____

Observação: O preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para a realização do exame.
