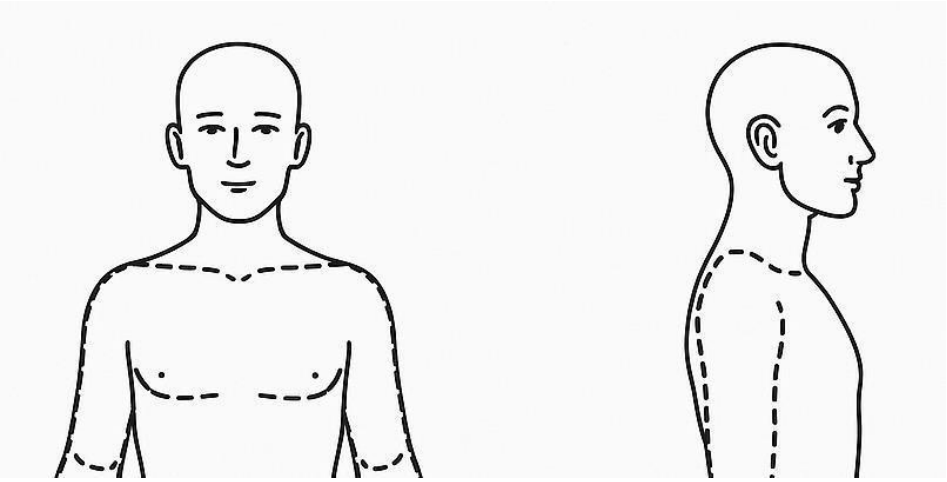
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA BLOQUEIO DE NERVOS CRANIANOS

Cole aqui a etiqueta de identificação do paciente *(preencher somente na ausência da etiqueta)*	Nome completo: Data de nascimento: Data do procedimento: Atendimento:

1. **Descrição do procedimento:** O bloqueio de nervos cranianos consiste na administração de medicamentos anestésicos e/ou anti-inflamatórios próximos aos nervos da face, da cabeça e da região cervical alta, com o objetivo de alívio da dor ou para fins diagnósticos. Este procedimento pode ser realizado em nervos como: supraorbital, infraorbital, supratroclear, infratroclear, auriculotemporal, occipital maior e menor, terceiro occipital, zigomático-temporal, mentual, entre outros.
2. **Benefícios esperados:** Alívio ou melhora significativa da dor, diagnóstico da origem da dor, redução da necessidade do uso de medicamentos analgésicos e profiláticos.
3. **Riscos e complicações possíveis:** Dor local no momento da aplicação, hematomas, edema ou infecção no local da injeção, reação alérgica aos medicamentos utilizados, paralisia facial transitória (em casos raros) ou falha terapêutica.
4. **Demarcação dos pontos a serem bloqueados:**



5. **Declaração de consentimento:** Declaro que fui devidamente informado(a) pelo médico neurologista que realizará o procedimento sobre sua natureza, seus riscos e benefícios.

Brasília, _____/_____/_____.

_____ Assinatura do paciente ou responsável legal

_____ Assinatura do médico responsável