

Informação e Questionário Infiltração para a dor controlada por TC

Sobrenome _____ Data de nascimento _____
Nome _____ Profissão _____
Peso _____ kg Altura _____ cm E-mail _____

Estimado(a) paciente,

Foi-lhe prescrita infiltração para a dor guiada por tomografia computadorizada (TC). Neste procedimento, um anestésico local e uma preparação de cortisona são injetados no local do seu problema de dor. Isto é feito depois de o local ser desinfetado e um anestésico local ser aplicado por meio de injeção. O tratamento é controlado por imagem, ou seja, o médico assistente pode posicionar a agulha com alta precisão em contraste com procedimentos que não se baseiam na navegação tomográfica computadorizada. Isto permite a maior concentração possível do ingrediente ativo do medicamento diretamente no local.

As potenciais complicações podem ser o aparecimento de dores de cabeça, uma infecção ou uma pequena hemorragia (pequenos vasos sanguíneos podem ser atingidos com a agulha).

Certifique-se que informa o seu médico ou o assistente de radiologia se estiver a tomar medicação para diluição do sangue. Pode ser necessário pausar a diluição do sangue antes da infiltração.

As complicações mencionadas acima são muito raras.

Além disso, após a administração do medicamento, pode ocorrer perda temporária da raiz do nervo (até 24 horas) com dormência e perda de força. **Por isso, não deve conduzir um veículo após a injeção e deve pedir a alguém para o vir buscar.** Após 24 horas, o anestésico local adicionado perde o seu efeito. Se você sentir dor de cabeça após a infiltração, é aconselhável deitar-se por 24 horas.

A terapia de infiltração controlada por TC dura aproximadamente 15-20 minutos.

Concordo com a infiltração controlada por TC. Sim Não

Concordo que os meus dados possam ser transmitidos a outros médicos ou instituições de tratamento e que quaisquer exames preliminares possam ser solicitados pelo Radiologicum aos médicos e instituições de tratamento. Sim Não

Autorizo que meus dados a serem anônimos e usados para fins internos de qualidade. Sim Não

Local, data

Assinatura do paciente ou do representante legal

Mediante solicitação, enviaremos uma cópia do faturamento dos serviços.