

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
ACUPUNTURA E ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA TRANSCUTÂNEA**

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	RG Nº:
PRONTUÁRIO:	ATENDIMENTO:

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Itaigara Memorial Clínica da Dor.

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO: Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte alteração e/ou diagnóstico: _____ E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

() ACUPUNTURA

PROCEDIMENTO/SEUS BENEFÍCIOS: A acupuntura visa a terapia e cura das enfermidades pela aplicação de estímulos através da pele, com inserção de agulhas em pontos específicos chamados de Acupontos. Estes são regiões da pele com grande concentração de terminações nervosas, sua estimulação contribui para a restauração do fluxo energético do organismo e para a liberação de neurotransmissores que combatem a dor.

RISCOS: Procedimentos médicos estão sujeitos a risco, que podem ser mínimos, moderados ou graves. Eventos adversos são bastante raros, porém alguns estudos relatam ocorrência de dor no local da punção, infecção, formação de hematoma, pneumotórax ou lesão de algumas estruturas, como nervos e vasos. No caso de complicações graves, pode ser necessário internação em hospital geral e cirurgia de urgência.

() ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA TRANSCUTÂNEA

PROCEDIMENTO: Este método tem como finalidade promover analgesia por meio da inibição da transmissão da dor através de ondas de choque controladas.

Também fui informado (a) das alternativas aos procedimentos e das consequências de não realizar-los. Estou ciente de que existem outros tratamentos para a dor crônica como: medicamentos orais e tópicos, acupuntura, estimulação elétrica transcutânea, cirurgias e exercícios específicos aos quais continuarei a ter acesso, desde que isto represente o meu desejo.

Autorizo a utilização dos dados clínicos deste procedimento em trabalhos científicos, publicações em congressos ou outras atividades de cunho científico (não serão utilizadas imagens, apenas dados): **() Sim () Não**

obs.: _____

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
ACUPUNTURA E ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA TRANSCUTÂNEA**

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	RG Nº:
PRONTUÁRIO:	ATENDIMENTO:

Declaro ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente e aceito, compromissando-me a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais. Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar esclarecido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

() **Paciente**

Assinatura: _____

Salvador/BA, _____ / _____ / _____

() **Responsável**

Nome: _____

Identidade nº: _____ Grau de Parentesco: _____

Assinatura: _____

Salvador/BA, _____ / _____ / _____

Declaração do Médico Responsável

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o (a) paciente e/ou seu (s) familiar (es), ou responsável (eis), o exame, os riscos e complicações, as orientações pré e pós exame. CONFIRMO ter respondido às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura sobre carimbo do médico: _____

Salvador/BA, _____ / _____ / _____