

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:		
() 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, o adversos são bastante raros, porém alguns estudos rel formação de hematoma, pneumotórax ou lesão de algo complicações graves, pode ser necessário internação em	latam ocorrência de dor no local da punção, infecção, gumas estruturas, como nervos e vasos. No caso de	

() 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 realizá-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.:

CÓD-IMHD-970 Versão 02 – Pág. 1/2



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ACUPUNTURA E ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA TRANSCUTÂNEA

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	RG №:
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,/	
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 procedimento, os riscos e complicações, as orientações pré e pós procedimento. 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,//	

CÓD-IMHD-970 Versão 02 – Pág. 2/2