ITAIGARA MEMORIAL
HOSPITAL DIA

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
# TERAPIA POR ONDAS DE CHOQUE

| | |
|---|---|
| **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: **TERAPIA POR ONDAS DE CHOQUE.**

**PROCEDIMENTO/SEUS BENEFÍCIOS:** A terapia de onda de choque consiste na aplicação na área de dor, de uma sequência de pulsos mecânicos sonoros de alta energia e alto gradiente de pressão, com o intuito de promover reações bioquímicas, aumento da vascularização e da celularidade, com o intuito de estimular o processo de regeneração tecidual e o controle da dor. A aplicação destas ondas é feita através de ponteiras que podem ser focais ou radiais. A escolha da ponteira, o número e intervalo das sessões serão determinados pela patologia e tolerância de cada paciente.

**RISCOS:** Procedimentos médicos estão sujeitos a risco, que podem ser mínimos, moderados ou graves. Hematoma, piora da dor na área de aplicação, tontura, sincope, tosse contínua e intensa, zumbido, ruptura tardia do tendão calcâneo insercional, convulsão, fístula liquórica, parestesia transitória e pneumotórax. No caso de complicações graves, pode ser necessário internação em hospital geral e cirurgia de urgência.

**ALTERNATIVAS E ORIENTAÇÕES:** Também fui informado 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, bloqueio anestésico venoso, estimulação elétrica transcutânea, cirurgias, bloqueios de nervo periférico, fisioterapia e exercícios específicos, aos quais continuarei a ter acesso, desde que isto represente o meu desejo.

**Recomenda-se que após as sessões, que o paciente evite atividades extenuantes ou exercícios de alto impacto até 48 horas do procedimento.**

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.:**_____

ITAIGARA MEMORIAL®
HOSPITAL DIA

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
# TERAPIA POR ONDAS DE CHOQUE

| | |
|---|---|
| **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 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, _____/_____/_____