

# Termo de Ciência e Consentimento

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NÃO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Nome Completo/Social: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
Filiação: \_\_\_\_\_  
Convênio: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_

## ACUPUNTURA

Por este instrumento, eu, \_\_\_\_\_,  
declaro que no dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_, às \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ (hh:mm):

### 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

### O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

Fui informada que acupuntura consiste na aplicação de agulhas de acupuntura em locais específicos através da pele até o tecido subcutâneo e muscular.

As agulhas de acupuntura são colocadas em pontos próximos ao local doloroso e pontos a distância, permanecendo nos locais por cerca de 20 minutos.

O procedimento é realizado por um profissional especializado no tratamento da dor (Algologista), e depois de um período curto de observação é possível receber alta para casa com segurança.

O procedimento é seguro e normalmente bem tolerado, mas existe risco, embora baixo, de infecção local, desmaio, tontura, coceira, hematoma ou sangramento local ou dor residual. Essas complicações geralmente não trazem maiores repercussões clínicas e são controladas rapidamente.

Estou ciente que o tratamento da dor crônica consiste em um conjunto de medidas que incluem medicamentos orais, tópicos, exercícios específicos entre outros. A acupuntura é indicada quando ele representa a melhor opção entre as terapias existentes e/ou quando as outras formas de tratamentos não atingiram resultados satisfatórios. Entendi que a não realização do procedimento pode resultar na persistência ou piora dos meus sintomas de dor.

Recebi as informações necessárias quanto às as indicações do tratamento da dor crônica apresentada, bem como os riscos inerentes, os benefícios e as probabilidades de êxito deste procedimento.

# Termo de Ciência e Consentimento

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NÃO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Nome Completo/Social: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
Filiação: \_\_\_\_\_  
Convênio: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_

## ACUPUNTURA

Compreendi que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independente da eficiência dos cuidados médicos e que este tratamento faz parte de um conjunto de medidas portanto pode estar associada a outras estratégias como medicamentos orais, tópicos, terapias adjuvantes ou exercícios específicos quando indicado.

Fui informado da possibilidade de sentir dor durante e após o procedimento, e sobre as medidas adotadas pela instituição para o gerenciamento dessa dor.

Também fui informado(a) sobre as alternativas possíveis ao procedimento e as consequências de não realizá-lo.

## AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, entendo os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o procedimento seja realizado da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

Esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) cadastrados nesse serviço;

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Paciente  Responsável

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

# Termo de Ciência e Consentimento

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NÃO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Nome Completo/Social: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Filiação: \_\_\_\_\_

Convênio: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

## ACUPUNTURA

### DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo 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.

Nome do médico \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_