

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ACUPUNTURA SISTÊMICA**DADOS DO PACIENTE (preencher com letra de forma – legível):**

Nome Completo: _____
Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____
Prontuário: _____ CNS: _____
Médico(a): _____ HD: _____

Procedimento: Acupuntura Sistêmica.**Declaro que fui claramente informado(a) sobre:**

1. Minha responsabilidade pelas informações dadas especialmente no que diz respeito às minhas condições de saúde geral e mental, não tendo omitido nenhum dado quanto às doenças pré-existentes que sejam de meu conhecimento. Ciente de que a omissão de dados sobre a minha saúde e sobre o uso de medicamentos pode interferir negativamente no planejamento e andamento do tratamento médico;
2. 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;
3. Para maior segurança devo informar previamente o(a) médico(a), em caso de: gestação ou suspeitas de gravidez, uso de aparelho marca- passo, presença de próteses ou implantes metálicos, ocorrência de câncer, diabetes, hipertensão arterial, alteração na coagulação sanguínea, uso de medicamentos/suplementos, qualquer outra informação que for pertinente, ou seja, doenças em geral ou infectocontagiosas;
4. De acordo com a estratégia de tratamento definida, podem acontecer algumas reações e/ou efeitos colaterais durante ou após cada atendimento, tais como:
 - Hematomas;
 - Bolhas e inchaços nos locais de aplicação;
 - Sonolência após a consulta;
 - Sensação de dor ou de dormência após o tratamento;
 - Queimaduras locais;
 - Pequenos sangramentos;
 - Lipotimia (desmaio);
 - Náuseas e/ou vômitos.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO(A) PACIENTE OU PELO(A) RESPONSÁVEL LEGAL

Declaro, portanto, que fui devidamente informado(a) quanto ao procedimento que será realizado, assim como os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados, sendo concedida a oportunidade de esclarecer todas as dúvidas antes da assinatura deste documento e ciente de que em qualquer tempo, posso mudar de opinião e desistir da realização do procedimento.

Mediante estas informações:

() Autorizo a realização do tratamento proposto.

() Não autorizo a realização do tratamento proposto.

Nome do paciente (sem abreviações): _____

CNS: _____ RG: _____ Contato telefônico: () _____

Endereço residencial: _____

Nome do responsável legal (sem abreviações): _____

RG do responsável legal: _____ Contato telefônico: () _____

Assinatura: () paciente: _____

() responsável legal: _____

Araucária, _____ de _____ de 20____.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Afirmo, para os devidos fins legais, que expliquei detalhadamente todos os esclarecimentos necessários e que paciente e/ou acompanhante compreendeu sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo(s) mesmo(s) e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. De acordo com o meu entendimento, o(a) paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado e que a qualquer tempo, pode mudar de opinião e desistir da realização do procedimento.

Assinatura e carimbo do médico

Araucária, _____ de _____ de 20____.