



## CONSELHO REGIONAL DE AUTORREGULAMENTAÇÃO DA ACUPUNTURA DO ESTADO DE MINAS GERAIS – CRAEMG

### ORIENTAÇÃO PARA O TERMO DE CONSENTIMENTO DO PACIENTE

Por este instrumento, eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do documento de identidade número \_\_\_\_\_, declaro que fui devidamente informado (a) de que diferentes técnicas da Medicina Tradicional Chinesa poderão ser aplicadas durante os atendimentos como, por exemplo, agulhamentos, agulhamentos de fogo, ventosas, *gua-sha*, moxabustão, *laser's*, sangrias, estímulos elétricos ou magnéticos, auriculoterapia, massoterapia, farmacologia chinesa, fitoterapia brasileira, Reiki, dietoterapia chinesa e práticas integrativas e complementares.

Para maior segurança o (a) paciente deverá informar previamente ao terapeuta, em caso de:

- Gestantes ou suspeitas de gravidez;
- Uso de aparelho marca-passo;
- Presença de próteses ou implantes metálicos;
- Ocorrência de câncer;
- Insulinodependentes;
- Hipertensão arterial;
- Alteração na coagulação sanguínea;
- Uso de medicamentos/suplementos;
- Qualquer outra informação que for pertinente (doenças em geral ou infecto-contagiosas, por exemplo).

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, náuseas e vômitos.

Informo que autorizo a realização da qualquer terapêutica acima. Responsabilizo-me pelas informações dadas. A minha assinatura neste formulário ou o meu aceite eletrônico indica que li, entendi e aceito a realização dos procedimentos.

Observações:

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_