



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
REALIZAÇÃO DE ELETRONEUROMIOGRAFIA**

Atend. _____

Pront. _____

Paciente _____ Data de Nasc. ___/___/___ Idade _____

Religião _____ Tel. _____ Sexo _____

Estado Civil _____ Médico resp. _____ Tel. _____

Naturalidade: _____ Grau de escolaridade _____

Endereço _____ Bairro _____

Cidade _____ Estado _____ Cep _____ Profissão _____

Responsável _____ Convênio _____

Observação _____

Lateralidade () Direito () Esquerdo () Bilateral

1. A eletroneuromiografia é um exame utilizado para avaliação dos nervos e dos músculos e consiste em: neurocondução, em que se aplicam alguns pequenos choques para avaliação da integridade do nervo e estudo da fibra muscular onde é avaliada a atividade elétrica muscular com uma fina agulha, semelhante a uma agulha de acupuntura.

2. A realização do exame é um pouco desconfortável devido aos pequenos choques e picadas da agulha. Entretanto, é bem tolerável e não exige o uso de sedação ou anestesia, pois, para a realização deste exame a colaboração do paciente é fundamental.

3. A estimulação elétrica poderia, teoricamente, interferir com dispositivos elétricos implantáveis, como marca-passo e desfibriladores. Apesar deste risco não estar confirmado em estudos científicos, o médico deverá ser informado previamente sobre o uso desse aparelho.

4. As agulhas utilizadas são descartáveis e a assepsia da pele é realizada antes da inserção da agulha, porém evite coçar o local ou passar a mão sem lavá-la antes. Pacientes em uso de medicação anticoagulante ou antiplaquetária ou que possuem doenças do sistema de coagulação devem comunicar ao médico sobre a realização do exame.

5. Compreendo que, durante o procedimento de Eletroneuromiografia, poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticadas pelo exame acima referido, assim como também poderá(ão) ocorrer situações imprevisíveis ou fortuitas. Estou ciente do risco de contrair o Novo Coronavírus - COVID-19 durante a internação ou no período pós exame podendo desenvolver complicações respiratórias associadas.

6. É de minha livre escolha realizar o procedimento acima com esta equipe médica, nesta Instituição. Estando ciente dos riscos deste procedimento, sendo eles: inflamação no local da aplicação, pequenos hematomas (manchas roxas), manchas na pele (caso haja exposição ao sol), sangramento ou hematomas maiores (no caso de uso de medicações anticoagulantes ou antiplaquetária). Se o local da aplicação ficar vermelho, inchado ou quente procure atendimento médico.

7. Autorizo, exclusivamente para finalidade científica, a divulgação das informações médicas contidas em meu prontuário, assegurando-se o pleno sigilo da identidade do paciente.

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com tudo o que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de questionar condutas com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto () Paciente () Responsável

Nome legível: _____

Assinatura: _____

Grau de parentesco: _____ RG n° _____

São Paulo ___/___/___ Hora _____:

PREENCHIMENTO PELO MÉDICO

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento descrito. De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do Médico: _____

Assinatura: _____ CRM: _____