

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA

PROGRAMA ACESSAR CHIESI

Por favor, leia cuidadosamente este termo e pergunte ao fisioterapeuta qualquer dúvida que você tiver. Caso se sinta esclarecido(a) sobre as informações a sua continuidade ao atendimento será entendida como ACEITE aos termos e condições aqui descritos.

DA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA

- DECLARO que li e estou de acordo com a [Política de Privacidade](#) e o [Regulamento](#) do Programa ACESSAR (denominados conjuntamente de “Termos”), desenvolvido pela Chiesi Farmacêutica Ltda. (“CHIESI”). Estes Termos estão disponíveis para leitura e consulta a qualquer momento pelo site www.acessarchiesi.com.br.
- DECLARO que recebi todas as informações claras e adequadas quanto à assistência fisioterapêutica, seus eventuais riscos e desconfortos, abaixo descritos, finalidade e objetivos do atendimento, além das condutas e procedimentos a serem adotados.
- O programa de fisioterapia, como qualquer serviço de orientação prestado por profissional de saúde, está sujeito à adoção de novas técnicas pelo paciente. O sucesso do atendimento também depende do comprometimento e da participação do paciente, no cumprimento e observações das recomendações.

DA APTIDÃO À PARTICIPAÇÃO DO PROGRAMA

- DECLARO que tive recomendação específica e fui elegível à assistência fisioterapêutica de reabilitação pulmonar após consulta médica pelo(a) médico(a) que me acompanha.
- DECLARO que fui previamente informado(a) pelo(a) FISIOTERAPEUTA acerca da avaliação do meu estado de saúde funcional e que recebi todos os esclarecimentos necessários no que se refere ao diagnóstico às recomendações fisioterapêuticas e/ou os objetivos da assistência fisioterapêutica para o atendimento tratamento ao qual irei me submeter, tendo oportunidade para tirar dúvidas, refletir e livremente decidir, a qualquer momento, pelo prosseguimento ou não do atendimento.
- DECLARO que prestei informações verdadeiras ao fisioterapeuta sobre o meu estado de saúde, histórico de atendimento médico/hospitalar, e informei sobre medicamentos que utilizei (mesmo que de forma esporádica).
- DECLARO que estou ciente que a prestação de informações falsas antes, durante ou após a minha participação no programa de reabilitação pulmonar poderão gerar danos e/ou prejuízos à minha saúde física e/ou mental, dos quais me responsabilizo integralmente.

DO TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

- Poderão ser coletados e tratados dados para fins estatísticos e de pesquisa, de acordo com os Termos e os princípios estabelecidos pela Lei 13.709/2018 (“Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais”).

DO VALOR DO PROGRAMA

- O atendimento pelo fisioterapeuta, por meio do Programa ACESSAR, é realizada sem ônus ao usuário, observadas as regras do regulamento.

DOS RISCOS

- O programa de reabilitação pulmonar abrange exercícios e orientações que podem trazer riscos inerentes a depender da(s) manobra(s) indicada(s) para cada paciente, que pode envolver desde riscos baixos a médios de sintomas relativos a tontura e engasgos, a riscos mais elevados de quedas para pacientes com limitações (em uso de andadores, bengalas) e com indicação de técnicas de conservação de energia.
- Desta forma, a Chiesi não se responsabiliza por efeitos adversos decorrentes das terapias empregadas nesse programa e/ou em decorrência da condição de saúde preexistente de cada paciente. Consulte sempre seu profissional de saúde, previamente, para qualquer prática terapêutica.

DO ACEITE

- Ao prosseguir no atendimento do programa ACESSAR, CONCORDO em participar do programa por meio de Teleatendimento, e CONCORDO em me submeter INDIVIDUALMENTE ao programa fisioterapêutico de forma online.

CONTATO

Em caso de dúvida ou intercorrência, por favor entre em contato com a Central de Relacionamento CHIESI: 0800 110 4525.