

TERMO DE CONSENTIMENTO

BIÓPSIA DE LESÕES DE PELE E MUCOSAS



Orientações prévias:

- **leia** atentamente todo o conteúdo deste documento;
- **informe** todas as suas dúvidas ao médico;
- **assine** o termo somente após ter todas as dúvidas sanadas.

NOME MÉDICO	CRM
NOME PACIENTE	
IDADE PACIENTE	DATA PROCEDIMENTO
QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE	
OBSERVAÇÕES	

O procedimento de biópsia me foi explicado minuciosa e especificadamente pela equipe médica, por isso entendo que:

é um procedimento em que um pequeno fragmento da pele ou da mucosa é retirado para análise patológica, com o objetivo de diagnosticar um tumor ou uma doença da pele.

Há três tipos de biópsias de pele: por “shaving” uma lâmina ou bisturi especiais são usados para retirar uma pequena amostra de pele, deixando uma cicatriz; por “punch” um aparato redondo e cortante entra na pele, retirando uma coluna de tecido; excisional, com lâmina de bisturi, onde um fragmento maior ou a lesão é retirada integralmente para análise.

Para realização do procedimento será necessária anestesia infiltrativa com lidocaína com ou sem adrenalina, a ser definida pelo médico responsável. Poderá ser necessária a realização de sutura com fio nylon, com posterior necessidade de retirada dos pontos, tempo estimado entre 3 a 14 dias, a depender do sitio cirúrgico e avaliação da equipe médica.

1. Para que o procedimento tenha seus efeitos potencializados, me foi explicado que devo:

- | | |
|--|---|
| 1.1 evitar exposição da área tratada ao calor ou frio extremo; | 1.2 não me submeter à exposição solar antes ou após o procedimento. A exposição solar poderá desencadear manchas irreversíveis na pele; |
| 1.3 utilizar filtro solar diariamente com atenção ao retoque do produto a cada três horas; | 1.4 evitar atividade física ou muito esforço por tempo determinado pelo médico, entre 48 horas e 30 dias, a depender do sítio cirúrgico; |
| 1.5 seguir rigorosamente as orientações da equipe médica caso faça uso de medicações de uso contínuo ou controladas como isotretinoína siga as orientações da médica rigorosamente; | 1.6 contatar a equipe médica sempre em caso de dúvidas ou qualquer sintoma descrito ou não neste termo. |

2. FOI-ME EXPLICADO QUE:

2.1



cada organismo reage de forma específica e, por isso, **não é possível prever e/ou garantir o resultado da cicatriz cirúrgica;**

2.2



a biópsia visa a elucidação diagnóstica da patologia apresentada, mas pode não ser conclusiva. Alguns diagnósticos serão passíveis de revisão do material por outro médico patologista mais experiente no tema. Alguns casos necessitarão de exames complementares para conclusão diagnóstica. Dependendo do resultado, poderá ser necessária a retirada de uma porção maior de pele ao redor da lesão para término do tratamento.

acordo do paciente

3. TODO PROCEDIMENTO MÉDICO TEM RISCOS DE COMPLICAÇÕES. AO REALIZAR UMA BIÓPSIA HÁ RISCO DE:

- 3.1 sangramentos, formação de hematomas (acúmulo de sangue) e equimoses (manchas roxas);
- 3.2 possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica grosseira) ou cicatrizes atróficas (deprimidas);
- 3.3 lesões vasculares e de nervos;
- 3.4 deiscência da sutura (soltam-se os pontos);
- 3.5 infecção do sítio cirúrgico;
- 3.6 inchaço no local e regiões próximas;
- 3.7 parestesia (queimação, dormência).

acordo do paciente

4. DECLARO AINDA:

- 4.1. não estar em período gestacional, tampouco qualquer desconfiância de gravidez. Foi-me amplamente alertado que não é indicada a realização do procedimento durante a gravidez;
- 4.2. que informei ao médico assistente, todos os medicamentos que uso ou usei recentemente, bem como aos quais tenho alergia, inclusive tipos de anestésicos;
- 4.3. entender e concordar que, ainda que não impeçam a realização do procedimento o tabagismo, o uso de drogas e/ou álcool, podem comprometer o resultado do tratamento médico. Entendi que a interrupção do uso do tabaco, de drogas e/ou álcool não cessam os malefícios do uso prévio, apenas reduzem a probabilidade de interferir nos resultados.

acordo do paciente



SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS:

Eu autorizo que a equipe médica utilize os meus registros (vídeos, som e imagem) para executar os procedimentos propostos, para fins de complementação documental do meu prontuário médico e discussão do caso clínico com outros colegas médicos. Fica explícito ainda, que o compartilhamento de imagens, tratamento de dados e outros, se dará somente entre a equipe multidisciplinar e médico assistente deste procedimento.

Durante a consulta e atendimento pela recepção houve a coleta de dados pessoais (CPF, Nome, Telefone, E-mail, Endereço e Informações sobre saúde e hábitos) para questões fiscais e a condução médica adequada. Os dados serão armazenados e preservados por período indeterminado e compartilhados com terceiros, somente quando indispensável para a continuidade ou adequação do tratamento.

Os pacientes, a qualquer momento, poderão: (i) ter acesso às informações cadastradas, (ii) solicitar a atualização ou correção dos seus dados; (iii) solicitar a eliminação de dados que não impactem o histórico de atendimento médico bem como, a total ou parcial, revogação deste consentimento, **mediante termo de solicitação**, nos termos da Lei.

acordo do paciente

Declaro que li a integralidade do conteúdo deste termo, concomitante à explicação verbal da equipe médica e que tive a oportunidade de sanar toda e qualquer dúvida relativa ao procedimento ao qual, voluntariamente, irei me submeter. Assim, dou o meu consentimento à equipe médica para realizar os procedimentos necessários me comprometendo a seguir todas as orientações médicas.

Importante: em caso de dúvidas, esclarecimentos, desconfortos, ou efeitos não esperados recomenda-se o contato imediato com a equipe médica.

_____, _____ de _____ de _____

Paciente:
CPF:

Dr.
CRM/