

TERMO DE CONSENTIMENTO

CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA

Cod-28-2022



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 **Cauterização Química** me foi explicado minuciosa e especificadamente pela equipe médica, por isso entendo que:

Envolve a aplicação de uma substância cáustica sobre uma lesão, com o objetivo de removê-la. Após a aplicação do ácido a lesão fica esbranquiçada e pode arder. A pele ao redor do local tratado fica avermelhada.

Nos dias seguintes, a área escurece e fica enrijecida devido à morte das células. Duas semanas após o procedimento, a lesão pode ser removida.

Normalmente, se usa a técnica para tratar ceratoses actínicas, ceratoses seborreicas, verrugas virais, dermatose papulosa nigra, dentre outros problemas.

1. O PROCEDIMENTO DE CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA ME FOI DETALHADAMENTE EXPLICADO PELA EQUIPE MÉDICA, POR ISSO ENTENDO QUE:

1.1



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

1.2



todo procedimento médico tem riscos de complicações. Pode-se apresentar: dor durante e após o procedimento; infecção e inflamação dos locais cauterizados com vermelhidão, exsudação e formação de bolhas; inalteração ou recidiva das lesões, sendo necessário repetir procedimento. Cicatrizes atróficas, hipocrômicas ou hiperocrômicas.

acordo do paciente

2. DECLARO AINDA

- 2.1 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;

2.2 que informei ao médico assistente, todos os medicamentos que uso ou usei recentemente, bem como aos quais tenho alergia, inclusive tipos de anestésicos.

acordo do paciente

3. ENTENDO E CONCORDO QUE:

3.1 o tabagismo, o uso de drogas e/ou álcool, ainda que não impeçam a realização do procedimento, 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

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

4.1 evitar exposição da área tratada ao calor ou frio extremo;

4.2 não se submeter à exposição solar antes ou após o procedimento. A exposição solar poderá desencadear manchas irreversíveis na pele;

4.3 utilizar filtro solar diariamente com atenção ao retoque do produto a cada três horas;

4.4 evitar atividade física ou muito esforço por tempo determinado pelo médico, entre 48 horas e 30 dias, a depender do sítio cirúrgico;

4.5 não é necessário o uso de medicamentos antes ou após o procedimento. Caso faça uso de medicações de uso contínuo ou controladas como isotretinoína siga as orientações da médica rigorosamente;

4.6 contatar a equipe médica sempre em caso de dúvidas ou qualquer sintoma descrito ou não neste termo.

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/