

# TERMO DE CONSENTIMENTO

## CORREÇÃO DE CICATRIZES



### 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.

PROFISSIONAL	REGISTRO
NOME PACIENTE	
IDADE PACIENTE	DATA PROCEDIMENTO
QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE	
OBSERVAÇÕES	

O procedimento para corrigir cicatrizes me foi detalhadamente explicado pela equipe médica, por isso entendi que:

- o procedimento é realizado, em regra, com laser que estimula a produção de colágeno e atua nas camadas mais superficiais da pele (não ablativo);
- em alguns casos, pode ser necessário, a subcisão da cicatriz. Se faz uma pequena incisão próxima à cicatriz inserindo uma agulha ou cânula fina sob a pele de forma a descolar as fibras de colágeno melhorando o aspecto da cicatriz;
- são realizados curativos especiais associados ou não com a infiltração intralesional de medicamentos antifibrosantes, luz intensa pulsada, laser ablativo e laser de picossegundos. Podem ser usados medicamentos como “drug delivery” com uso de substâncias com potencial renovador e regenerativo, conforme critério médico.

### 1. FOI-ME EXPLICADO QUE:

- 1.1 > cada organismo reage de forma específica e, por isso, não é possível prever e/ou garantir o resultado. A melhora proporcionada pelo procedimento ocorrerá somente após um número mínimo de sessões, a depender do organismo de cada paciente;
- 1.2 > o resultado do procedimento depende das características de cada indivíduo e do número de sessões realizadas pelo paciente, que será determinado pelo médico ao longo do tratamento;
- 1.3 > o procedimento é reparador e não estético ou de embelezamento;
- 1.4 > o grau de melhora a ser obtido com o procedimento dependerá da gravidade, do tipo, do tamanho e da localização da cicatriz;
- 1.5 > em casos de cicatrizes mais profundas, vários procedimentos poderão ser necessários para melhores resultados.

## 2. PARA QUE O PROCEDIMENTO TENHA SEUS EFEITOS OTIMIZADOS, ME FOI EXPLICADO QUE DEVO:

- 2.1 não bronzear a pele por, pelo menos, quatro semanas antes do procedimento;
- 2.2 evitar exposição solar nos primeiros 10 (dez) dias após o procedimento;
- 2.3 evitar atividade física de alta intensidade, conforme orientação médica;
- 2.4 evitar o consumo de bebida alcoólica e cigarros;
- 2.5 suspender o uso de isotretinoína com, no mínimo, 2 (dois) meses de antecedência;
- 2.6 evitar o uso de ácido acetilsalicílico ("Aspirina", "AAS") antes do tratamento a fim de evitar o risco de púrpura;
- 2.7 não aplicar perfume sobre a área em que o procedimento foi realizado;
- 2.8 fazer uso obrigatório de filtro solar com reaplicação a cada 3h, mesmo não expondo-se ao sol;
- 2.9 entrar em contato com a equipe médica em caso de dor, desconforto, bolha, secreção na pele e mucosas, ou alguma outra dúvida;

## 3. FOI-ME EXPLICADO QUE O CORPO HUMANO PODE TER VARIAÇÕES INDIVIDUAIS, POR ISSO, ENTENDI QUE:

- 3.1 >>> o tratamento poderá desencadear precoce e/ou tardiamente hiperpigmentação, alteração na coloração da pele devido ao aumento ou diminuição da melanina, prurido (coceira), eventual queimadura e eritema (vermelhidão).
- 3.2 >>> em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas;
- 3.3 >>> existe a possibilidade de reativação do herpes simples, em caso de predisposição;

## 4. ENTENDO E CONCORDO QUE:

- 4.1. a equipe médica não pode garantir resultado específico, cada organismo se comporta de maneira diferente quando submetido a tais procedimentos. Mas se comprometem a utilizar os meios técnicos e científicos disponíveis, para alcançar o resultado mais próximo possível do esperado;
- 4.2. 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;
- 4.3. ficam sob minha responsabilidade qualquer despesa hospitalar e médica gerada em virtude de internação ou intervenções por intercorrência médica.

## 5. DECLARO AINDA:

5.1. não estar em período gestacional, tampouco haver qualquer desconfiança de gravidez. Foi-me alertado que não é indicado a realização do procedimento durante a gravidez;

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

5.3. não utilizar prótese metálica na região tratada;

5.4. não estar realizando radioterapia ou quimioterapia;

5.5. não ter sintomas ou diagnóstico de doença autoimune como lúpus;

5.6. não possuir hipertensão arterial descompensada;

\_\_\_\_\_  
acordo do paciente



### **SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS:**

Autorizo que a equipe médica utilize meus registros (vídeos, áudios e imagens) para a execução dos procedimentos propostos, para fins de complementação documental do meu prontuário, discussão do caso clínico com outros profissionais de saúde, pesquisas acadêmicas, publicações em redes sociais, materiais acadêmicos, cursos, palestras e congressos médicos."

**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.(a):