

TERMO DE CONSENTIMENTO

CRIOTERAPIA E CRIOCIRURGIA



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

O procedimento de Crioterapia e Criocirurgia, me foi minuciosa e especificadamente explicado pela equipe médica, por isso, entendi que:

A criocirurgia, também conhecida como crioterapia, é um procedimento que consiste no resfriamento rápido da pele, provocando alterações imunológicas. O paciente é submetido a baixas temperaturas, promovendo o congelamento das lesões e destruindo o tecido lesionado. O procedimento pode ser realizado em várias partes do corpo, sendo que o congelamento poderá ser mais profundo dependendo da lesão que será tratada.

Pode ser realizado em homens e mulheres para o tratamento de acnes, queloides, verrugas virais, alopecia areata (perda de cabelo ou de pelos em áreas arredondadas ou ovais do couro cabeludo), ceratoses actínicas, lesões pré-malignas, alguns tipos de câncer de pele, redução das cicatrizes hipertróficas, manchas causadas pelo sol (melanoses) ou ainda manchas escurecidas que apareceram com o avanço da idade (manchas senis).

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 efeito do tratamento poderá variar de acordo com os hábitos de vida de cada paciente tais como tabagismo, uso de medicamentos, alimentação, atividades físicas e perda e/ou ganho de peso.

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 a equipe médica **não pode garantir resultado específico** através da medicina, pois cada paciente possui características distintas e cada organismo se comporta de maneira diferente, mas se comprometem a utilizar os meios técnicos e científicos disponíveis, para alcançar o resultado mais próximo possível do esperado;

3.2 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.

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;

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

4.5 não fazer uso de medicamentos antes ou após o procedimento devido a falta de necessidade do uso destes e, caso faça uso de medicações de uso contínuo ou controladas, como isotretinoína, seguir as orientações médicas rigorosamente;

4.2 não me submeter à exposição solar antes ou após o procedimento devido ao alto risco de a exposição solar vir a desencadear manchas irreversíveis na pele;

4.4 evitar atividade física ou muito esforço até 48h após realizado o procedimento;

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

acordo do paciente

5. Foi-me orientado que o corpo humano pode ter variações anatômicas, e por isso:

5.1. o tratamento poderá desencadear, de forma precoce ou tardia, eritema (vermelhidão), edema (inchaço) no local e em regiões próximas, e parestesia (queimação ou dormência)

5.2. é comum o surgimento de bolhas e crostas no local tratado. A crosta costuma cair naturalmente entre 7 a 30 dias após o procedimento;

5.3. em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas locais.



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/