

TERMO DE CONSENTIMENTO

ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÕES DE PELE E MUCOSAS

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	

Eletrocoagulação é um procedimento usado para tratar lesões da pele e mucosas, inclusive da face. Consiste no uso de um aparelho, o eletrocautério, que, através de energia, aquece uma ponteira de metal, que é usada para "queimar" a lesão desejada.

O procedimento pode ser realizado em várias partes do corpo para o tratamento de verrugas virais, ceratoses actínicas, lesões pré-malignas, alguns tipos de câncer de pele, manchas causadas pelo sol (melanoses) ou ainda machas escurecidas que apareceram com o avanço da idade (manchas senis), queratoses seborreicas, siringomas, fibromas, hiperplasias da glândula sebácea e outras lesões dermatológicas.

Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, poderá ser necessário o emprego da anestesia tópica e/ou infiltrativa com lidocaína.

1. O PROCEDIMENTO DE ELETROCOAGULAÇÃO 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**. 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.

acordo do paciente

2. PODEM HAVER COMPLICAÇÕES COMO:

- 2.1 Sangramento; dor; possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (cicatriz hipertrófica-grosseira). Serão tomadas todas as medidas para evitar complicações, mas cada organismo reage de uma maneira.

3. DECLARO AINDA:

- 3.1 não estar em período gestacional, tampouco qualquer desconfiança de gravidez. Foi-me amplamente alertado que não é indicada a realização do procedimento durante a gravidez;
- 3.2 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

4. ENTENDO E CONCORDO QUE:

- 4.1 a médica ou a sua equipe, **não podem 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;
- 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.

acordo do paciente

5. PARA QUE O PROCEDIMENTO TENHA SEUS EFEITOS POTENCIALIZADOS, ME FOI EXPLICADO QUE DEVO:

- 5.1 evitar exposição da área tratada ao calor ou frio extremo;
- 5.2 não se submeter à exposição solar antes ou após o procedimento. A exposição solar poderá desencadear manchas irreversíveis na pele;
- 5.3 utilizar filtro solar diariamente com atenção ao retoque do produto a cada três horas;
- 5.4 evitar atividade física ou muito esforço até 48h após realizado o procedimento;
- 5.5 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;
- 5.6 contatar a equipe médica sempre em caso de dúvidas ou qualquer sintoma descrito ou não neste termo.

acordo do paciente

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

- 6.1** o tratamento poderá desencadear, precoce e/ou tardiamente: eritema (vermelhidão), edema (inchaços) no local e regiões próximas além de parestesia (queimação, dormência);
- 6.2** é comum o surgimento de feridas e crostas no local tratado. A crosta costuma cair naturalmente entre 7 a 30 dias após o procedimento.

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 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. A consulta de retorno deverá ser realizada em até 15 (quinze) dias do primeiro procedimento, sem exceção

_____, _____ de _____ de _____

Paciente:
CPF:

Dr.
CRM/