

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

ELETROPORAÇÃO TRANSDÉRMICA



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 PACIENTE

CPF

IDADE PACIENTE

DATA PROCEDIMENTO

QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE

OBSERVAÇÕES MÉDICAS

A **eletroporação transdérmica** é a técnica utilizada para facilitar e potencializar a absorção de substâncias pela pele. O processo se dá pela aplicação de pulsos elétricos de curta duração e alta intensidade na pele, potencializando, de maneira temporária, a permeabilidade das substâncias aplicadas até alcançar a derme ou o tecido subcutâneo (camada profunda da pele).

O procedimento pode ser utilizado, a depender do ativo, para melhorar a flacidez da pele, para o tratamento de acne, melhoramento de manchas e a bioestimulação de colágeno.

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

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

- 1.1. evitar exposição da área tratada ao calor ou frio extremo no dia do tratamento;
- 1.2. não utilizar prótese metálica na região tratada;
- 1.3. evitar exposição solar nos primeiros 30 dias;
- 1.4. evitar tratamentos capilares (corte, tintura, penteados) nos dias seguintes ao procedimento;
- 1.5. seguir rigorosamente as orientações médicas, caso utilize medicações de uso contínuo ou controladas;
- 1.6. contatar a equipe médica sempre em caso de dúvidas ou qualquer sintoma descrito, ou não, neste termo.

acordo do paciente

2. FOI-ME EXPLICADO QUE:

2.1 o efeito do tratamento poderá variar de acordo com os hábitos de vida de cada paciente, principalmente o tabagismo, o uso de medicamentos, o uso de drogas e/ou álcool, a alimentação, falta de atividades físicas e perda e/ou ganho de peso;

2.2 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;

2.3 cada organismo reage de forma distinta, e, por isso, não é possível prever e/ou garantir o resultado específico. No entanto, a equipe médica se compromete a utilizar os meios técnicos e científicos disponíveis para alcançar o resultado mais próximo possível do esperado.

acordo do paciente

3. A EQUIPE EXPLICOU SOBRE OS RISCOS E ENTENDI QUE:

3.1



o tratamento poderá desencadear, precoce e/ou tardiamente: equimoses (roxos), hematomas (derrame de sangue), inchaço no local e regiões próximas, dor de cabeça, parestesia (queimação, dormência), eritemas (vermelhidão na pele), coceira, púrpura e descamação;

3.2



a descamação da pele poderá prolongar-se por mais de 2 (duas) semanas;

3.3



em pacientes com pouca tolerância à dor, será utilizada anestesia local;

3.4



em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas ao anestésico tópico ou injetável, mesmo já o tendo utilizado previamente.

3.5



pacientes sem terem antes qualquer evidência alérgica, podem desenvolver processo alérgico necessitando de tratamento médico complementar.

acordo do paciente



4. A EQUIPE MÉDICA ME DEIXOU CLARO QUE O CORPO HUMANO PODE TER VARIAÇÕES INDIVIDUAIS, POR ISSO, ENTENDI QUE:

- 4.1. pessoas com implantes eletrônicos não devem submeter-se ao procedimento;
- 4.2. pessoas com problemas cardíacos, sensíveis ou alérgicos a fármacos, com hipertensão arterial descompensada, insuficiência renal crônica, diabetes não controlada e patologias hepáticas devem comunicar ao médico, de forma expressa, antes de se submeterem ao procedimento;
- 4.3. não poderei me submeter ao procedimento se eu tiver qualquer suspeita ou diagnóstico de doença autoimune;
- 4.4. o resultado do procedimento depende das características de cada indivíduo e do número de sessões realizadas pelo paciente que pode variar a cada sessão;
- 4.5. resultado do procedimento

acordo do paciente

5. A EQUIPE MÉDICA ME DEIXOU CLARO QUE O CORPO HUMANO PODE TER VARIAÇÕES INDIVIDUAIS, POR ISSO, ENTENDI QUE:

- 5.1 > pessoas com implantes eletrônicos não devem submeter-se ao procedimento;
- 5.2 > pessoas com problemas cardíacos, sensíveis ou alérgicos a fármacos, com hipertensão arterial descompensada, insuficiência renal crônica, diabetes não controlada e patologias hepáticas devem comunicar ao médico, de forma expressa, antes de se submeterem ao procedimento;
- 5.3 > não poderei me submeter ao procedimento se eu tiver qualquer suspeita ou diagnóstico de doença autoimune;
- 5.4 > o resultado do procedimento depende das características de cada indivíduo e do número de sessões realizadas pelo paciente que pode variar a cada sessão;
- 5.5 > resultado do procedimento.

acordo do paciente

6 ENTENDI E CONCORDEI QUE:

6.1 caso o efeito desejado não seja obtido, poderão ser necessários tratamentos adicionais, os quais serão cobrados;

6.2 o acompanhamento e tratamento de eventuais intercorrências (enzimas, exames de imagem, medicamentos, procedimentos ou custos hospitalares) e todos os custos envolvidos serão de minha inteira responsabilidade.

acordo do paciente



SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS:

Eu autorizo que a médica utilize os meus registros (vídeos, som e imagem) para executar os procedimentos propostos, para fins de complementação documental do meu prontuário, para discussão do caso clínico com outros colegas médicos.

Também, autorizo, para fins de pesquisa acadêmica, publicações, cursos, palestras e congressos médicos necessários.

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:

Dra.
CRM/____