

# 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; não utilizar prótese metálica na região tratada;
- 1.2. evitar exposição solar nos primeiros 30 dias;
- 1.3. evitar tratamentos capilares (corte, tintura, penteados) nos dias seguintes ao procedimento;
- 1.4. seguir rigorosamente as orientações médicas, caso utilize medicações de uso contínuo ou controladas;
- 1.5. 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), inchaços 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, 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:

\_\_\_\_\_  
PROFISSIONAL: