

# TERMO DE CONSENTIMENTO

## ESCLEROTERAPIA

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

O procedimento de Escleroterapia consiste na injeção de medicamentos (glicose, polidocanol ou agentes combinados) nos vasos doentes, realizada com uma pequena agulha.

O procedimento pode se dar, alternativamente, pela aplicação de laser nos vasos doentes.

A reação causa irritação da parede do vaso e consequente obstrução, diminuindo, portanto, o tamanho do vaso ou até mesmo o seu desaparecimento.

### 1. O PROCEDIMENTO DE ESCLEROTERAPIA 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;**
- 1.2 > o resultado do procedimento depende das características de cada indivíduo e do número de sessões realizadas pelo paciente;
- 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;
- 1.4 > pessoas com problemas cardíacos, sensíveis ou alérgicos fármacos, com hipertensão arterial, insuficiência renal crônica, diabetes não controlada e patologias hepáticas não devem submeter-se ao procedimento.

\_\_\_\_\_  
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 e/ou durante a amamentação;
- 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 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 quando submetido a esse tipo de procedimento. 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;
- 3.3 foi-me orientado que o corpo humano pode ter variação anatômica, e por isso o tratamento de escleroterapia poderá desencadear, precoce e/ou tardiamente: equimoses (roxos), hematomas (derrame de sangue), inchaços no local e regiões próximas, parestesia (queimação, dormência), eritemas (vermelhidão na pele), coceira, púrpura e descamação;
- 3.4 ficam sob minha responsabilidade qualquer despesa hospitalar e médica gerada em virtude de internação ou intervenções por intercorrência médica.

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

## 4. Para que o procedimento tenha seus efeitos potencializados, me foi explicado que devo:

- 4.1 não tomar medicamentos como aspirina, anti-inflamatórios, anticoagulantes, Vitamina C e Ginkgo Biloba 48 horas antes e depois do procedimento. Converse com o seu médico de seguimento e com o (a) médico (a) responsável pelo seu procedimento para avaliação dos riscos;
- 4.2 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;
- 4.3 evitar exposição solar nos primeiros 30 dias;
- 4.4 utilizar protetor solar com FPS 50 na região, mesmo não se expondo diretamente ao sol;
- 4.5 usar meias elásticas conforme orientação da médica;
- 4.6 utilizar compressas de gelo conforme orientação da médica;
- 4.7 evitar depilação, massagem e atividades físicas nos sete primeiros dias após procedimento;
- 4.8 contatar a equipe médica sempre em caso de dúvidas ou qualquer sintoma descrito ou não neste termo.

\_\_\_\_\_   
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/