

TERMO DE CONSENTIMENTO

EXÉRESE DE LESÕES

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	

O procedimento de **Exérese de Lesões** me foi explicado minuciosa e especificadamente pela equipe médica, por isso entendo que:

é um procedimento em que uma lesão é retirada da pele por objetivo estético e/ou de tratamento de patologia. Por exemplo, tumoração maligna ou benigna da pele, nevo ("pinta") maligno ou benigno.

Para realização do procedimento será necessária anestesia infiltrativa com lidocaína com ou sem adrenalina, a ser definida pelo médico responsável. Poderá ser necessária a realização de sutura com fio nylon, com posterior necessidade de retirada dos pontos, tempo estimado entre 3 a 14 dias, a depender do sítio cirúrgico e da avaliação do médico responsável.

1. FOI-ME EXPLICADO QUE:

- 1.1 cada organismo reage de forma específica e, por isso, **não é possível prever e/ou garantir o resultado da cicatriz do procedimento;**
- 1.2 todo procedimento médico em riscos de complicações. Ao realizar uma exérese há risco de 1. Sangramentos; 2. Formação de hematomas (acúmulo de sangue) e equimoses (manchas roxas); 3. Deiscência da sutura (soltam-se os pontos); 4. Lesões vasculares e de nervos; 5. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira); 6. Infecção do sítio cirúrgico; 7. inchaços no local e regiões próximas; 8. parestesia (queimação, dormência);
- 1.3 em caso de envio de material suspeito para biópsia, dependendo do resultado, poderá ser necessária a retirada de uma porção maior de pele ao redor da lesão. Em caso de lesões virais (molusco contagioso, verrugas, condilomas etc.), as lesões poderão aparecer novamente no mesmo ou em outros lugares caso haja novo contato.

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.

3. ENTENDO E CONCORDO QUE:

- 3.1 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 otimizados, me foi explicado que devo:

- 4.1 evitar exposição da área tratada ao calor ou frio extremo;
- 4.2 não se submeter à exposição solar antes ou após o procedimento. A exposição solar poderá desencadear manchas irreversíveis na pele;
- 4.3 utilizar filtro solar diariamente com atenção ao retoque do produto a cada três horas;
- 4.4 evitar atividade física ou muito esforço por tempo determinado pelo médico, entre 48 horas e 30 dias, a depender do sítio cirúrgico,;
- 4.5 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;
- 4.6 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, para discussão do caso clínico com outros colegas médicos.

Autorizo, para fins de pesquisa acadêmica, publicações em redes sociais, publicações acadêmicas, cursos, palestras e congressos médicos.

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

_____, ____ de _____ de _____

Paciente:
CPF:

Dr.
CRM/