

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

EXOSSOMOS



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

CONTATO FAMILIAR

HOSPITAL DE REFERÊNCIA

QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE

OBSERVAÇÕES MÉDICAS

O procedimento me foi explicado minuciosa e especificadamente pelo médico e/ou sua equipe multidisciplinar, por isso entendo que:

A medicina regenerativa é utilizada para rejuvenescer a pele, estimular o colágeno, reduzir quelóide, pois ajuda a regenerar a pele.

Exossomos são nano vesículas presentes em todas as células, são pequenos pacotes que carregam informações como genes, proteínas, enzimas e lipídeos e possuem a capacidade de funcionar como transmissores intercelulares, impactando células vizinhas.

Os exossomos podem ser extraídos tanto de células animais, como de células vegetais. Na prática da medicina regenerativa a aplicação dos exossomos agiliza os processos de reparação tecidual.

A aplicação é tópica sempre com a realização de lasers ou do microagulhamento, de forma que os exossomos sejam permeados pela pele atingindo camadas mais profundas na pele onde estão as células alvo.

1. FOI-ME EXPLICADO QUE:

- 1.1. cada organismo reage de forma específica e, por isso, não é possível prever e/ou garantir um determinado resultado. A melhora proporcionada pelo tratamento ocorrerá gradualmente, a depender do organismo de cada paciente;
- 1.2. o resultado alcançado depende das recomendações terapêuticas e do número de sessões, que podem variar a depender de cada paciente. É recomendado que o intervalo seja entre 15 a 30 dias após a recuperação total do tecido. A sessão dura em média 20 min dependendo da região a ser tratada.

2. Declaro ainda não estar em período gestacional ou de lactação, tampouco qualquer desconfiança de gravidez. Foi-me amplamente alertado que não é indicada a realização do procedimento durante a gravidez e/ou durante a amamentação.

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. 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 tratamento, podem comprometer o resultado do tratamento médico.

acordo do paciente

4. PARA QUE O PROCEDIMENTO TENHA SEUS EFEITOS OTIMIZADOS, ME FOI EXPLICADO QUE DEVO:

- 4.1. estar sem adornos (brincos, anéis, correntes...);
- 4.2. não ingerir bebida alcoólica no dia anterior ao procedimento e ter uma alimentação leve;
- 4.3. comunicar as medicações em uso e alergias;
- 4.4. informar o nome e contato de um acompanhante;
- 4.5. usar água termal e hidrate na pele, pois a pele fica sensível após o procedimento;
- 4.6. evitar coçar, se expor ao sol e lavar a pele com água quente, pois podem irritar a pele e prejudicar o tratamento;
- 4.7. usar protetor solar 1 dia após o tratamento ou quando a pele estiver menos irritada. É comum aparecer vermelhidão e inchaço na pele.
- 4.8. informar sobre o uso de medicamentos como aspirina, anti-inflamatórios, anticoagulantes, Vitamina C e Ginkgo Biloba 48h antes e depois do procedimento;
- 4.9. informar doenças relacionadas à coagulação.



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.

São Paulo , ____ de _____ de _____

Paciente:
CPF:

Médica
CRM/SP