

# TERMO DE CONSENTIMENTO

## INFILTRAÇÃO INTRALESIONAL



### 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 **Infiltração Intralesional** me foi explicado minuciosa e especificadamente equipe médica, por isso entendo que:

O procedimento de Infiltração Intralesional é indicado para melhorar o aspecto de nódulos, cistos, cicatrizes hipertróficas, queloides, alívio de inflamações e lesões causadas por acne, onde são aplicadas injeções de medicamentos antifibrosantes que podem ser corticosteroides como a 5 fluorouracila, bleomicina, entre outros, a serem definidos pelo médico, nas lesões a serem tratadas.

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

- |  |  |
|--|--|
| <b>1.1</b> não tomar medicamentos como aspirina, anti-inflamatórios, anticoagulantes, antes e depois do procedimento;                          | <b>1.2</b> evitar exposição solar nos primeiros 30 dias;   |
| <b>1.3</b> utilizar protetor solar com FPS 50 na região, mesmo não se expondo diretamente ao sol;  | <b>1.4</b> evitar depilação, massagem e atividades físicas nos sete primeiros dias após procedimento;          |
| <b>1.5</b> seguir rigorosamente as orientações da equipe médica caso faça uso de medicações de uso contínuo ou controladas como isotretinoína; | <b>1.6</b> contatar a equipe médica sempre em caso de dúvidas ou qualquer sintoma descrito ou não neste termo. |

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

### 2. FOI-ME INFORMADO COM CLAREZA QUE:

2.1



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

2.2



cada organismo reage de forma específica e, por isso, **não é possível prever e/ou garantir o resultado**. Cada paciente possui características distintas e cada organismo se comporta de maneira diferente quando submetido a esse tipo de procedimento. No entanto, os médicos se comprometem a utilizar os meios técnicos e científicos disponíveis, para alcançar o resultado mais próximo possível do esperado;

2.3



o resultado do procedimento depende das características de cada indivíduo e do número de sessões realizadas pelo paciente;

2.4



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;

2.5



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



Fui alertado que pessoas com problemas cardíacos, sensíveis ou alérgicos à fármacos, com hipertensão arterial, insuficiência renal crônica, diabetes não controlada e patologias hepáticas não devem submeter-se ao procedimento.

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

### 3. DECLARO AINDA:

- 3.1 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;
- 3.2 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



### 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 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:

\_\_\_\_\_  
Dr.  
CRM/