

# TERMO DE CONSENTIMENTO

## INTRADERMOTERAPIA CAPILAR



### 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 Intradermoterapia Capilar me foi explicado minuciosa e especificadamente pela equipe médica, por isso entendo que:

O procedimento de Intradermoterapia Capilar é também conhecido como Mesoterapia Capilar. O tratamento reativa as estruturas do sistema capilar que tenham sofrido algum dano em seu funcionamento com a aplicação de compostos vitamínicos biodegradáveis no couro cabeludo, com objetivo de diminuir a calvície, estimular o crescimento e o fortalecimento dos fios.

São aplicadas micro injeções com solução que pode conter aminoácidos, vitaminas, anestésicos, nutrientes ou enzimas de plantas e substâncias lipolíticas e eutróficas. Por isso é importante comunicar sempre ao médico sobre eventuais sensibilidades ou alergias.

### 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, Vitamina C e Ginkgo Biloba 48 horas antes e depois do procedimento e, caso faça uso de medicações controladas e/ou contínuas, devo contatar a equipe médica; | <b>1.2</b> seguir rigorosamente as orientações da equipe médica caso faça uso de medicações de uso contínuo ou controladas como isotretinoína siga as orientações da médica rigorosamente; |
| <b>1.3</b> evitar exposição solar nos primeiros 30 dias;   | <b>1.4</b> não realizar tratamentos capilares (corte, tintura, penteados) nos 7 dias após o procedimento;  |
| <b>1.5</b> contatar a equipe médica sempre em caso de dúvidas ou qualquer sintoma descrito ou não neste termo;   | <b>1.6</b> evitar exposição da área tratada ao calor ou frio extremo no dia do tratamento.   |

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

## 2. A EQUIPE MÉDICA INFORMOU COM CLAREZA QUE:

2.1



cada organismo reage de forma específica e, por isso, **não é possível prever e/ou garantir o resultado da cicatriz cirúrgica;**

2.2



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

2.3



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.

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 procedimentos invasivos. 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.

acordo do paciente

## 4. FUI ALERTADO QUE:

- 4.1. pessoas com problemas cardíacos, sensíveis ou alérgicos a fármacos, com hipertensão arterial, insuficiência renal crônica, diabetes não controlada e patologias hepáticas não devem submeter-se ao procedimento;
- 4.2. não poderei me submeter ao procedimento se eu tiver qualquer suspeita ou diagnóstico de doença autoimune, como lúpus.

acordo do paciente

## 5. DECLARO AINDA:

- 5.1. 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;
- 5.2. que informei ao médico assistente, todos os medicamentos que uso ou usei recentemente, bem como aos quais tenho alergia, inclusive tipos de anestésicos.

## 6. FOI-ME ORIENTADO QUE O CORPO HUMANO PODE TER VARIAÇÕES ANATÔMICAS E, POR ISSO, ENTENDI QUE:

6.1

o tratamento de mesoterapia 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;

6.2



em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas ao anestésico, mesmo já tendo utilizado previamente.



### SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS:

acordo do paciente

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.

Também, 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.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente:  
CPF:

Dr.  
CRM/