

TERMO DE CONSENTIMENTO

JATO DE PLASMA



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 Jato de Plasma me foi explicado minuciosamente e especificadamente pela equipe médica, por isso entendo que:

O tratamento com jato de plasma é utilizado com objetivo de rejuvenescer a pele, estimular o colágeno e reduzir quelóide, pois ajuda a regenerar a pele a partir da descarga do plasma.

A caneta de jato de plasma é aplicada em estrias, linhas de expressão, cicatrizes de acne, manchas na pele e qualquer incômodo na pele relacionado a estética da pele.

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

- | | |
|--|--|
| 1.1 no dia do procedimento, comparecer à clínica sem adornos (brincos, anéis, correntes...); | 1.2 não ingerir bebida alcoólica no dia anterior ao procedimento e ter uma alimentação leve; |
| 1.3 não esqueça de comunicar as medicações em uso e alergias; | 1.4 pedimos que nos informe o nome e contato do seu acompanhante; |
| 1.5 use água termal e hidrate a sua pele, pois a pele fica sensível após a aplicação do jato de plasma; | 1.6 evite coçar, se expor ao sol e lavar a pele com água quente, pois podem irritar a pele e prejudicar o tratamento. |
| 1.7 use protetor solar 1 dia após o tratamento ou quando a pele estiver menos irritada; | 1.8 é comum aparecer vermelhidão e inchaço na pele, não deixe de protegê-la após 24 horas. |

acordo do paciente

2. FOI-ME EXPLICADO QUE:

2.1



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;

2.2



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.

acordo do paciente

3. Foi-me orientado que o corpo humano pode ter variações anatômicas, e por isso:

- 3.1. o tratamento com Jato de Plasma poderá desencadear, precoce e/ou tardiamente: hiperpigmentação, alteração na coloração da pele devido ao aumento ou diminuição da melanina, prurido (coceira), queimaduras, eritema (vermelhidão), edema local, púrpura;
- 3.2. tatuagens, pintas e manchas na pele podem sofrer alterações com o tratamento, não estando ao alcance médico evitar tais alterações;
- 3.3. em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas;
- 3.4. o tratamento não poderá ser realizado em pele bronzeada nas últimas quatro semanas.

acordo do paciente

4. ENTENDO E CONCORDO QUE:

- 4.1 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;
- 4.2 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



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.

Também, 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.

_____, _____ de _____ de _____

Paciente:
CPF:

Dr.
CRM/