

TERMO DE CONSENTIMENTO

LIMPEZA DE PELE MANUAL

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.

PROFISSIONAL	REGISTRO
NOME PACIENTE	
IDADE PACIENTE	DATA PROCEDIMENTO
QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE	
OBSERVAÇÕES	

A limpeza de pele manual feita por profissional consiste na remoção das secreções retidas na pele, como é caso dos comedões abertos (conhecidos como cravos pretos) e dos comedões fechados (cravo branco). Ao executar a limpeza de pele, também é possível eliminar eventuais pontos inflamados, as pústulas (acne). O afinamento da pele, a redução de manchas superficiais e a preparação para os tratamentos de rejuvenescimento são alguns dos benefícios.

acordo do paciente

1. ENTENDO E CONCORDO QUE:

- 1.1** 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;
- 1.2** o tabagismo, o uso de drogas e/ou álcool, ainda que não impeçam a realização do tratamento, podem comprometer o resultado do tratamento médico;
- 1.3** poderá ocorrer efeitos adversos como: vermelhidão, inchaço leve e ardência;

acordo do paciente

ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS PROCEDIMENTO

- A. a pele não pode estar bronzeada pelo menos quatro semanas antes do procedimento;
- B. evitar exposição solar nos primeiros 15 (quinze) dias;
- C. obrigatório o uso de filtro solar conforme orientação médica, mesmo não se expondo ao sol;
- D. não fazer uso de métodos depilatórios com cera ou cremes depilatórios, pelo menos 3(três) dias antes do procedimento e até 14(quatorze) dias após o procedimento;
- E. qualquer dor, desconforto, bolha ou alguma outra dúvida, entrar em contato com a médica.



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 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 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.