

TERMO DE CONSENTIMENTO

MMP CAPILAR

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.

NOME MÉDICO	CRM
NOME PACIENTE	
IDADE PACIENTE	DATA PROCEDIMENTO
QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE	
OBSERVAÇÕES	

O procedimento de **Microinfusão de Medicamentos Capilar** me foi detalhadamente explicado pela equipe médica, por isso, entendi que:

O procedimento de **Microinfusão de Medicamentos Capilar** tenta reativar as estruturas do sistema capilar que tenham sofrido algum dano em seu funcionamento com a aplicação de compostos biodegradáveis no couro cabeludo, com objetivo de diminuir/estabilizar a calvície, estimular o crescimento e fortalecer os fios.

São aplicadas diretamente no couro cabeludo medicamentos estéreis escolhidos de acordo com a necessidade de cada paciente. Por ser realizado diretamente no couro cabeludo, os resultados são otimizados em relação ao tratamento tópico e oral. Não devendo ser exclusivos, pois a associação do tratamento tópico, oral e injetável proporciona maiores resultados.

1. PARA QUE O PROCEDIMENTO TENHA SEUS EFEITOS OTIMIZADOS, FOI-ME EXPLICADO QUE:

- 1.1** não tomar medicamentos como aspirina, anti-inflamatórios, anticoagulantes e Ginkgo Biloba 48 horas antes e depois do procedimento;
- 1.2** evitar exposição da área tratada ao calor ou frio extremo no dia do tratamento;
- 1.3** evitar exposição solar nos primeiros 30 dias;
- 1.4** não realizar tratamentos capilares (corte, tintura, penteados) nos primeiros 7 dias após o procedimento;
- 1.5** caso faça uso de medicações de uso contínuo ou controladas como isotretinoína siga rigorosamente as orientações médicas;
- 1.6** contatar a equipe médica sempre em caso de dúvidas ou qualquer sintoma descrito ou não neste termo.

acordo do paciente

2. A EQUIPE MÉDICA ME EXPLICOU COM CLAREZA QUE:

2.1



o tratamento de microinfusão de medicamentos capilar 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;

2.2



mesmo que seja **minimamente invasivo**, pode haver **vermelhidão e inchaço local**, sendo esses efeitos solucionados espontaneamente ou, se necessário, com medicamentos. Por isso é importante comunicar sempre ao médico sobre eventuais sensibilidades ou alergias;

2.3



em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas.

acordo do paciente

3. FUI ALERTADO QUE:

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

acordo do paciente

4. DECLARO AINDA:

- 4.1 não estar em período gestacional ou de lactação, tampouco qualquer desconfiância de gravidez. Foi-me amplamente alertado que não é indicada a realização do procedimento durante a gravidez e/ou durante a amamentação;
- 4.2 que informei ao médico assistente, todos os medicamentos que uso ou usei recentemente, bem como aos quais tenho alergia, inclusive tipos de anestésicos;
- 4.2 que informei à médica sobre o uso de drogas (orais ou por outra via), alergias, tabagismo, e outras informações pertinentes à minha saúde.

acordo do paciente

5. ENTENDO E CONCORDO QUE:

- 5.1 cada organismo reage de forma distinta, e, por isso, não é possível prever e/ou garantir o resultado específico. No entanto, o médico se compromete a utilizar os meios técnicos e científicos disponíveis para alcançar o resultado mais próximo possível do esperado;
- 5.2 o efeito do tratamento poderá variar de acordo com os hábitos de vida de cada paciente tais como tabagismo, uso de medicamentos, o uso de drogas e/ou álcool, alimentação, atividades físicas e perda e/ou ganho de peso;
- 5.3 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;
- 5.4 caso o efeito desejado não seja obtido, pode se fazer necessário a realização de tratamentos adicionais, os quais, serão cobrados.



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.
CRM/