

TERMO DE CONSENTIMENTO

MICROINFUSÃO DE MEDICAMENTOS NA PELE (MMP)

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 acima discriminado e por mim autorizado, me foi explicado especificadamente pela equipe médica, por isso entendo que:

A microinfusão de medicamentos na pele (MMP®) é uma técnica que permite levar ao interior da pele medicamentos específicos para tratamento de diferentes condições clínicas.

O objetivo do tratamento é **tratar manchas brancas** da pele (aquelas em forma de gota chamadas de leucodermias puntatas), **cicatrizes e pequenos tumores de glândulas de suor localizadas nas pálpebras** (chamadas de siringomas), **manchas escuras** (melasma) e **alopecia** (queda de cabelo). Portanto, quando é realizada a infusão do medicamento diretamente no local afetado aumentam as chances de sucesso.

O procedimento, em alguns casos, pode provocar certo desconforto e dor durante a aplicação podendo ser anestesiada previamente a área para evitar incômodos.

Em casos de **manchas escuras** (melasma): é introduzido a medicação (substância clareadora) na pele através da MMP com o objetivo de causar o clareamento nas manchas. São feitas 3 sessões ou mais, de acordo com a necessidade do clareamento das manchas, com intervalos de 30 dias. Pode haver o **clareamento das manchas nas primeiras sessões**, mas as vezes isso não ocorre, necessitando de mais sessões. É importante o uso de filtro solar de forma regular, bem como seguir de forma rigorosa os tratamentos prescritos para que o tratamento tenha sucesso.

1. FOI-ME EXPLICADO QUE:

- 1.1 o tratamento de MMP® 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;
- 1.2 durante o procedimento poderá ocorrer pequena quantidade de sangue (orvalho de sangue);
- 1.3 em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas ao anestésico, mesmo já tendo utilizado-o previamente.

2. A EQUIPE MÉDICA ME EXPLICOU COM CLAREZA QUE:

2.1



após alguns meses ou um ano, pode haver a necessidade de sessões de manutenção, já que o melasma é crônico, não tem cura, e sim controle;

2.2



após as sessões pode ocorrer hiperpigmentação pós-inflamatória (manchas acastanhadas, avermelhadas) que pode durar por alguns meses;

2.3



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

2.4



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

2.5



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.

A EQUIPE MÉDICA DEIXOU CLARO QUE O CORPO HUMANO PODE TER VARIAÇÕES INDIVIDUAIS, POR ISSO, ENTENDI QUE:

3.1

pessoas com problemas cardíacos, sensíveis ou alérgicas a fármacos, com hipertensão arterial, 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, como lúpus.

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.

acordo do paciente

5. ENTENDO E CONCORDO QUE:

- 5.1 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;
- 5.2 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

6. Para que o procedimento tenha seus efeitos otimizados, me foi explicado que devo:

- A. Evitar medicamentos como aspirina, anti-inflamatórios, anticoagulantes, Vitamina C e Ginkgo Biloba 48 horas antes e depois do procedimento;
- B. Evitar exposição da área tratada ao calor ou frio extremo no dia do tratamento;
- C. Evitar exposição solar nos primeiros 30 dias;
- D. Não realizar tratamentos capilares (corte, tintura, penteados) nos 7 dias após o procedimento;
- E. Não fazer o uso de medicamentos antes ou após o procedimento;
- F. Seguir rigorosamente as orientações da médica caso faça uso de medicações de uso contínuo ou controladas como isotretinoína.

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 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/