

TERMO DE CONSENTIMENTO

MEDICINA REGENERATIVA - PRP

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 me foi explicado minuciosa e especificadamente equipe médica, por isso entendo que:

A medicina regenerativa é utilizada para rejuvenescer a pele, estimular o colágeno, reduzir queleide, pois ajuda a regenerar a pele a partir da descarga do plasma.

O Plasma, rico em plaquetas (PRP), é uma substância terapêutica preparada a partir da coleta de sangue do próprio paciente. Na prática da medicina regenerativa a aplicação do PRP agiliza os processos de reparação tecidual.

1. FOI-ME EXPLICADO QUE:

- 1.1 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;
- 1.2 o resultado alcançado depender 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

2. Declaro ainda 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.

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. 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 tratamento, podem comprometer o resultado do tratamento médico.

acordo do paciente

4. PARA QUE O PROCEDIMENTO TENHA SEUS EFEITOS OTIMIZADOS, ME FOI EXPLICADO QUE DEVO:

- 4.1 > ir sem adornos (brincos, anéis, correntes...);
- 4.2 > não ingerir bebida alcoólica no dia anterior ao procedimento e ter uma alimentação leve;
- 4.3 > não esqueça de comunicar as medicações em uso e alergias;
- 4.4 > pedimos que nos informe o nome e contato do seu acompanhante;
- 4.5 > use água termal e hidrate a sua pele, pois a pele fica sensível após o procedimento;
- 4.6 > evite coçar, se expor ao sol e lavar a pele com água quente, pois podem irritar a pele e prejudicar o tratamento;
- 4.7 > use protetor solar 1 dia após o tratamento ou quando a pele estiver menos irritada;
- 4.8 > é comum aparecer vermelhidão e inchaço na pele, não deixe de protegê-la após 24 horas.
- 4.9 > converse com o seu médico sobre o uso de medicamentos como aspirina, anti-inflamatórios, anticoagulantes, Vitamina C e Ginkgo Biloba 48h antes e depois do procedimento. Converse também sobre doenças relacionadas à coagulação.

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/