

TERMO DE CONSENTIMENTO

MICROAGULHAMENTO



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 **Microagulhamento** me foi detalhadamente explicado pela equipe médica, por isso, entendi que:



É realizado com diversas agulhas bem pequenas que perfuram as camadas da pele para estimular a produção de colágeno, rejuvenescer, melhorar rugas, cicatrizes, estrias, estimular o crescimento capilar, clarear manchas, uniformizar a pele, melhorar tamanho dos poros, melhorar flacidez da pele, entre outros benefícios.

1. FOI-ME EXPLICADO QUE:

1.1



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;

1.2



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;

1.3



cada organismo reage de forma distinta, e, por isso, não é possível prever e/ou garantir o resultado específico. No entanto, a equipe médica se compromete a utilizar os meios técnicos e científicos disponíveis para alcançar o resultado mais próximo possível do esperado.

acordo do paciente

2.

PARA QUE O PROCEDIMENTO TENHA SEUS EFEITOS POTENCIALIZADOS, FOI-ME EXPLICADO QUE DEVO:

2.1

manter a pele limpa, lavando o rosto 2 (duas) vezes ao dia com o produto específico para o seu tipo de pele ou sabonete neutro em todo o período do tratamento;

2.2

não usar maquiagem e cremes no dia do tratamento e até 48 horas após a sessão;

2.3

evitar exposição da área tratada ao calor ou frio extremo;

2.7

contatar a equipe médica sempre em caso de dúvidas ou qualquer sintoma descrito, ou não, neste termo.

2.6

seguir rigorosamente as orientações médicas, caso utilize medicações de uso contínuo ou controladas, como isotretinoína;

2.5

utilizar filtro solar, com fator (FPS), no mínimo, 30 (trinta), a cada três horas ou, conforme orientação médica;

2.4

evitar exposição solar nos primeiros 45 (quarenta e cinco) dias;

acordo do paciente

3. FOI-ME EXPLICADO QUE:

3.1



tratamento com Microagulhamento **poderá desencadear, precoce e/ou tardiamente:** hiperpigmentação da pele, coceira, vermelhidão, manchas, edema local, púrpura e descamação;

3.2



a descamação da pele poderá prolongar-se por mais de 2 (duas) semanas;

3.3



em pacientes com pouca tolerância à dor, será utilizada anestesia local;

3.3



em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas ao anestésico tópico ou injetável, mesmo já o tendo utilizado previamente.

acordo do paciente

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

4.1



há riscos de serem desenvolvidas alterações pigmentares (manchas claras ou escuras) temporárias ou permanentes na pele;

4.2



é possível o desenvolvimento de infecções bacterianas e acne após o procedimento;

4.3



é possível a reativação de herpes; e, em alguns casos, o desenvolvimento de cicatrizes permanentes;

4.4



habitualmente são necessárias múltiplas sessões para alcançar algum resultado;

4.5



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

acordo do paciente

5. DECLARO AINDA:

5.1. não estar em período gestacional, tampouco qualquer desconfiança de gravidez. Foi-me amplamente alertado que não é indicada a realização do procedimento durante a gravidez;

5.2. que informei à equipe médica todos os medicamentos que uso ou usei recentemente, bem como aos quais tenho alergia, inclusive tipos de anestésicos;

5.3. nunca ter realizado implantação de produto definitivo como PMMA, silicone, hidrogel e outros na área a ser tratada.

acordo do paciente



6. ENTENDI E CONCORDEI QUE:

- 6.1. caso o efeito desejado não seja obtido, poderão ser necessários tratamentos adicionais, os quais serão cobrados;
- 6.2. o acompanhamento e tratamento de eventuais intercorrências (enzimas, exames de imagem, medicamentos, procedimentos ou custos hospitalares) e todos os custos envolvidos serão de minha responsabilidade.

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 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/