

# TERMO DE CONSENTIMENTO

## MOLUSCO CONTAGIOSO



### 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 tratamento de Molusco Contagioso me foi detalhadamente explicado pela equipe médica, por isso, entendi que:

O molusco contagioso é uma doença infecciosa viral cutânea causada por uma infecção benigna das células contidas na superfície da pele por um vírus da família Poxviridae - molusco contagioso.

Essa infecção é conhecida por ser mais comum em crianças, o que não impede o surgimento em pessoas de qualquer idade. O vírus pode ser transmitido pelo contato direto com a pele de pessoas infectadas com o molusco contagioso, ou por meio da água contaminada com o vírus, como piscinas e banheiras, por exemplo.

### 1. FOI-ME EXPLICADO QUE:

- 1.1 > o tratamento poderá perdurar por semanas e até meses;
- 1.2 > se houver eczemas(infecção) será necessário tratamento dermatológico complementar indicado pela médica;
- 1.3 > a equipe médica poderá optar por qualquer das técnicas de tratamento existentes, inclusive microcirúrgicas, se necessário;
- 1.4 > o vírus é transmissível sobretudo quando houver lesões na pele;
- 1.5 > o tratamento médico clínico tem como finalidade principal a tentativa de cura do paciente e a busca pela melhora da saúde do paciente e, não em relação à aparência estética deste.

## 2. Foi-me orientado que o corpo humano pode ter variações anatômicas, e por isso:

- 2.1. cada organismo reage de forma específica e, por isso, **não é possível prever e/ou garantir o resultado**. A melhora proporcionada pelo procedimento ocorrerá somente após um número mínimo de sessões, a depender do organismo de cada paciente;
- 2.2. o efeito do tratamento poderá variar de acordo com os hábitos de vida de cada paciente tais como uso de medicamentos e hábitos alimentares.

acordo do paciente

3. declaro ainda que informei ao médico assistente, todos os medicamentos que uso ou usei recentemente, bem como aos quais tenho alergia, inclusive tipos de anestésicos.;

4. estou ciente ainda, que ficam sob minha responsabilidade qualquer despesa hospitalar e médica gerada em virtude de internação ou intervenções por intercorrência médica.

acordo do paciente

## 5. Para que o procedimento tenha seus efeitos potencializados, me foi explicado que devo:

- |  |   |
|--|---|
| 5.1 evitar exposição da área tratada ao calor ou frio extremo;   | 5.2 evitar banhos em locais de água parada como piscina e banheira;   |
| 5.3 manter as lesões limpas e secas utilizando os produtos antissépticos indicados pela equipe médica;   | 5.4 evitar a partilha de objetos pessoais durante o tratamento;   |
| 5.5 não é necessário o uso de medicamentos antes ou após o procedimento. Caso faça uso de medicações de uso contínuo ou controladas como isotretinoína siga as orientações da equipe médica rigorosamente; | 5.6 não se submeter à exposição solar durante o tratamento. A exposição solar poderá desencadear manchas irreversíveis na pele; |
| 5.8 contatar a equipe médica sempre em caso de dúvidas ou qualquer sintoma descrito, ou não, neste termo.  |   |

acordo do paciente

## 6. O SINTOMA PRINCIPAL DESTA DOENÇA INFECCIOSA É A APARIÇÃO DE BOLHAS NA PELE, QUE POSSUEM CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS, COMO:

6.1



bolinhas firmes e pequenas, com diâmetro entre 2mm e 5mm;

6.2



no centro das lesões, apresentam um ponto mais escuro;

6.3



essas bolinhas podem surgir em todo o corpo, com exceção das palmas das mãos e dos pés, bem como, apresentarem-se de forma isolada ou agrupadas em forma de linha;

6.4



no geral, possuem coloração perolada e da cor da pele, no entanto, podem apresentar coloração vermelha e inflamada;

6.5



nos casos em que a infecção foi transmitida através do contato íntimo, as bolinhas podem surgir especialmente nos órgãos genitais, na barriga ou na parte interna das coxas;

6.6



nas crianças, no geral, as bolinhas costumam surgir no rosto, tronco, braços ou pernas.



### 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 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/