

# TERMO DE CONSENTIMENTO

## PEELING QUÍMICO



### 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 **peeling químico** me foi detalhadamente explicado pela equipe médica, por isso, entendi que:



O peeling químico é realizado com a **aplicação de ácidos** sobre a pele para **retirar as camadas danificadas e promover a sua renovação celular**. O tratamento é indicado para melhorar **manchas e cicatrizes da acne, rugas e linhas de expressão** proporcionando uma aparência geral melhorada da pele.

### 1. OS PRINCIPAIS TIPOS DE PEELING SÃO:

1.1



**peeling químico superficial:** ideal para clarear manchas, retirar marcas de acne ou rugas superficiais;

1.2



**peeling químico médio:** são utilizados ácidos para tratar acne e rugas mais profundas;

1.3



**peeling químico profundo:** remove as camadas mais profundas da pele para tratar pele danificada pelo sol e outras cicatrizes, como as de acne ou acidentes.

\_\_\_\_\_  
acordo do paciente

2.

Os peelings superficiais precisam ser feitos **em séries**, e sua descamação costuma ser fina, enquanto os **médios e profundos** a descamação costuma ser mais intensas e há a formação de crostas.

3.

Os peelings podem utilizar reagentes como Fenol, Ácido tricloroacético (ATA), Ácido Salicílico, Solução de Jessner, Ácido Glicólico, 5 Fluoruracil (5-FU) e Ácido Retinoico entre outros. Por isso, é muito **importante informar sempre qualquer tipo de sensibilidade ou alergia a produtos químicos**.

acordo do paciente

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

4.1

devo manter a pele limpa, lavando o rosto com o produto específico para o seu tipo de pele ou sabonete neutro em todo o período do tratamento;

4.2

não usar maquiagem e cremes não recomendados no dia do tratamento e até 48 (quarenta e oito) horas após a sessão;

4.3

durante os 60 (sessenta) dias após o procedimento utilizar somente produtos cosméticos conforme prescrição médica;

4.4

evitar exposição da área tratada ao calor ou frio extremo;

4.5

evitar exposição solar nos primeiros 60 (sessenta) dias;

4.6

evitar ambientes quentes como sauna e piscina aquecida nos próximos 10 (dez) dias;

4.7

obrigatório o uso de filtro solar com reaplicação a cada 2h, mesmo não se expondo ao sol;

4.8

caso faça uso de medicações de uso contínuo ou controladas como isotretinoína siga as orientações da equipe médica rigorosamente;

4.9

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

4.10

agendar consulta de avaliação para a equipe médica acompanhar o tratamento.

acordo do paciente

#### 5. ENTENDI E CONCORDEI QUE:

- 5.1. 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;
- 5.2. o resultado do procedimento depende das características de cada indivíduo e do número de sessões realizadas pelo paciente;
- 5.3. 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;
- 5.4. caso o efeito desejado não seja obtido, pode se fazer necessário a realização de tratamentos adicionais, os quais, serão cobrados;
- 5.5. 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.



## 6. DECLARO AINDA:

- 6.1. não estar em período gestacional ou de lactação, tampouco qualquer desconfiança de gravidez. Foi-me amplamente alertado que não é indicada a realização do procedimento durante a gravidez e/ou durante a amamentação;
- 6.2. não estar realizando radioterapia ou quimioterapia;
- 6.3. não ter sintomas ou diagnóstico de doença autoimune como lúpus;
- 6.4. que informei ao médico assistente, todos os medicamentos que uso ou usei recentemente, bem como aos quais tenho alergia, inclusive tipos de anestésicos;
- 6.5. que informei à equipe médica sobre o uso de drogas (orais ou por outra via), alergias, tabagismo, e outras informações pertinentes à minha saúde.

acordo do paciente

## 7. FOI-ME EXPLICADO QUE:

- 7.1. >>> o tratamento poderá desencadear, precoce e/ou tardiamente: hiperpigmentação da pele, alterações pigmentares (manchas claras ou escuras) temporárias ou permanentes na pele, coceira, vermelhidão, edema local, púrpura e descamação;
- 7.2. >>> em alguns casos, é preciso preparar a pele para que o procedimento seja realizado, por isso, o paciente deverá seguir todas as recomendações médicas;
- 7.3. >>> a descamação da pele poderá prolongar-se por mais de 2 (duas) semanas;
- 7.4. >>> em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas a algum dos reagentes utilizados, mesmo já o tendo utilizado previamente;
- 7.5. >>> é possível o desenvolvimento de infecções bacterianas e acnes após o procedimento;
- 7.6. >>> é possível a reativação de herpes;
- 7.7. >>> os peelings profundos demandam, em média, 60 (sessenta) dias de recuperação. O tratamento gera um aspecto de queimadura;
- 7.8. >>> em alguns casos, o desenvolvimento de cicatrizes permanentes se eu "cutucar" ou "mexer" na descamação;
- 7.9. >>> posso adquirir reação alérgica à substância injetada e por todos os motivos acima especificados, eu autorizo a equipe médica realizar todos os procedimentos necessários e indicados em eventuais intercorrências.



## 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/