

TERMO DE CONSENTIMENTO

PEQUENA CIRURGIA



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	

1. A PEQUENA CIRURGIA ME FOI MINUCIOSA E ESPECIFICADAMENTE EXPLICADO PELA EQUIPE MÉDICA, POR ISSO ENTENDO QUE:

1.1



as pequenas cirurgias dermatológicas são **procedimentos tipicamente reparadores**, uma vez que tem como objetivo a **retirada de pintas, lesões, verrugas, nevos, cistos** entre outros, ou ainda a tentativa de amenizar cicatrizes hipertróficas e queloides cicatriciais;

1.2



o processo de cicatrização é individual e está atrelado ao processo biológico e genético de cada organismo, fato pelo qual não é possível garantir resultados em relação ao processo de cicatrização, inclusive estou ciente que a **cicatrização hipertrófica e queloides podem ocorrer novamente**, igual ou de forma mais gravosa;

1.3



a equipe médica poderá optar por qualquer das técnicas existentes (com bisturi, electrocoagulação, cauterização química ou curetagem);

1.4



a cirurgia geralmente é realizada sob anestesia local e geralmente são necessários pontos de sutura;

1.5



a amostra de tecido (pele) removida geralmente é encaminhada para análise ao microscópio, por um médico patologista.

acordo do paciente

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

2.1

não usar maquiagem e cremes no dia do tratamento;

2.2

suspender o uso de cosméticos e maquiagem no local do procedimento e durante recuperação, conforme orientação médica;

2.3

evitar exposição da área tratada ao calor ou frio extremo;

2.4

evitar exposição solar nos primeiros 60 (sessenta) dias;

2.5

usar filtro solar com reaplicação a cada 3h, mesmo não se expondo ao sol;

2.6

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

2.7

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

2.8

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

acordo do paciente

FOI-ME EXPLICADO QUE O CORPO HUMANO PODE TER VARIAÇÕES INDIVIDUAIS, POR ISSO, ENTENDI QUE:

3.1

o procedimento poderá desencadear: sangramentos, formação de hematomas (acúmulo de sangue), equimoses (manchas roxas), deiscência da sutura (soltam-se os pontos), necessidade de nova cirurgia nos casos em que o exame anatomopatológico mostrar invasão na borda cirúrgica, possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (cicatriz hipertrófica-grosseira) e hiperpigmentação da pele;

3.2

o resultado do processo de cicatrização pode deixar a cor da cicatriz diferente da minha cor de pele (mais clara ou escura);

3.3

em caso de lesões virais como molusco contagioso, verrugas e condilomas, as lesões poderão aparecer novamente no mesmo ou em outros lugares;

3.4

em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas aos anestésicos utilizados, mesmo já o tendo utilizado previamente.

acordo do paciente

4. ENTENDI E CONCORDEI QUE:

4.1. cada organismo reage de forma específica e, por isso, **não é possível garantir o resultado;**

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

4.3. 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;

4.4. 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;

4.5. caso haja suspeita de câncer de pele, é realizada remoção da lesão e mais uma margem de segurança, o que pode gerar uma cicatriz com tamanho maior que a lesão em si;

4.6. os custos da cirurgia não incluem a análise do tecido pelo laboratório de anatomia patológica.



6. 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. não estar realizando radioterapia ou quimioterapia;

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



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/