

TERMO DE CONSENTIMENTO

RADIOFREQUÊNCIA MICROAGULHADA



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	

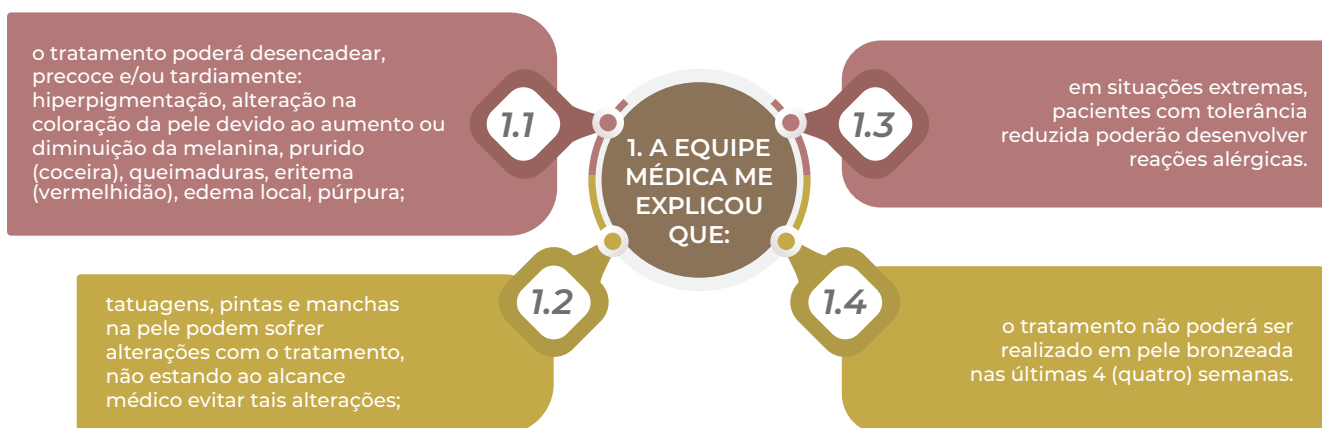


O procedimento de **Radiofrequência Microagulhada** me foi detalhadamente explicado pela equipe médica, por isso, entendi que:



O procedimento de Radiofrequência Microagulhada alia duas técnicas, onde, ao mesmo tempo, microagulha a região a ser tratada e emite ondas de radiofrequência, estimulando a produção de colágeno.

É indicado para melhora de cicatrizes de acne, estrias, poros dilatados, textura da pele, melasma, calvície e flacidez.



acordo do paciente

2. DECLARO AINDA:

- 2.1. 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;
- 2.2. não utilizar prótese metálica na região tratada;
- 2.3. não estar realizando radioterapia ou quimioterapia
- 2.4. não ter sintomas ou diagnóstico de doença autoimune, como lúpus, de forma descompensada;
- 2.5. não ter hipertensão arterial de forma descompensada;
- 2.6. que informei ao médico assistente, todos os medicamentos que uso ou usei recentemente, bem como aos quais tenho alergia, inclusive tipos de anestésicos.

acordo do paciente

3. FOI-ME ORIENTADO E ESTOU CIENTE QUE:

3.1



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;

3.2



o resultado do procedimento depende das características de cada indivíduo e do número de sessões realizadas pelo paciente, que será determinado pelo médico ao longo do tratamento;

3.3



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;

3.4



o tabagismo, o uso de drogas e/ou álcool, **ainda que não impeçam a realização do procedimento**, podem comprometer o resultado do tratamento médico. 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.

acordo do paciente

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

4.1

a pele não pode estar bronzeada ou apresentar lesões antes do procedimento;

4.2

suspender o uso de isotretinoína conforme orientado pela equipe médica;

4.3

evitar o uso de ácido acetilsalicílico ("Aspirina", "AAS") antes do tratamento a fim de evitar o risco de púrpura;

4.4

não fazer uso de anti-inflamatórios, bem como, perfumes sobre o local do procedimento;

4.5

não fazer uso de métodos depilatórios com cera ou cremes depilatórios. Os pelos devem ser raspados (para que o procedimento seja eficaz os pelos devem ter de 01 a 02 mm de altura);

4.6

evitar exposição solar conforme orientado pela equipe médica;

4.7

obrigatório o uso de filtro solar com reaplicação a cada 3h, mesmo não se expondo ao sol;

4.8

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

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/