

TERMO DE CONSENTIMENTO

ISOTRETINOÍNA

PACIENTES HOMENS OU MULHERES



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 uso de isotretinoína me foi explicado minuciosamente e especificadamente pela equipe médica, por isso entendo que:

O medicamento é indicado para o tratamento de **formas graves de acne** e quadros de acne resistentes a tratamentos anteriores.

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

- | | |
|--|---|
| 1.1 não ingerir bebidas alcoólicas durante o tratamento; | 1.2 usar colírio lubrificante de acordo com a prescrição médica; |
| 1.3 manter pele e lábios hidratados com os produtos prescritos pela médica; | 1.4 seguir rigorosamente os cuidados indicados quanto à proteção solar no rosto e no corpo; |
| 1.5 realizar exames de sangue periodicamente, conforme estabelecido; | 1.6 retornar à consulta periodicamente, conforme estabelecido; |
| 1.7 durante o tratamento, não deverá ser realizado nenhum tipo de massagem, drenagem, laser, limpeza de pele ou peeling químico sem a prévia autorização do profissional responsável; | 1.8 não utilizar qualquer produto na pele sem indicação da médica; |
| 1.9 utilizar rigorosamente todos os produtos auxiliares ao tratamento conforme indicados pela médica; | 1.10 contatar a equipe médica sempre em caso de dúvidas ou qualquer sintoma descrito ou não neste termo. |

acordo do paciente

2. FOI-ME EXPLICADO QUE:

2.1



o produto tem altíssimo risco de causar defeitos congênitos graves no corpo do bebê se for consumido pela mãe durante a gravidez. Portanto, somente poderá ser utilizado por mim e não poderá ser passado para nenhuma outra pessoa;

2.2



os efeitos adversos incluem pele e mucosas (boca, nariz, vagina) secas, coceiras na pele, rouquidão, ressecamento e problemas nos olhos (p. ex.: conjuntivite, catarata), queda ou aumento do crescimento dos cabelos, dores musculares, dores nas juntas, dores de cabeça, zumbido no ouvido, náusea, vômitos, diarreia, diminuição das células brancas e vermelhas do sangue, aumento ou diminuição das plaquetas (células da coagulação), aumento dos triglicérides ou do colesterol, aumento do ácido úrico no sangue, aumento da possibilidade de infecções;

2.3



embora raros, é possível o desenvolvimento de inflamação do pâncreas (pancreatite) e inflamação do fígado (hepatite);

2.4



é possível que nas primeiras semanas do tratamento ocorra a piora da acne.

acordo do paciente

3. FOI-ME RESSALTADO QUE:

- 3.1 pacientes com problemas depressivos devem ser cuidadosamente acompanhados, por isso devem comunicar a equipe médica sobre possíveis tratamentos ou sintomas depressivos;
- 3.2 cada organismo reage de forma específica e, por isso, não é possível prever e/ou garantir o resultado. A melhora proporcionada pelo medicamento dependerá do organismo de cada paciente;
- 3.3 o efeito do tratamento poderá variar de acordo com os hábitos de vida de cada paciente tais como tabagismo, uso de outros medicamentos, alimentação, atividades físicas.

acordo do paciente

4. PARA PACIENTES MULHERES. DECLARO AINDA QUE:

- 4.1. não estou em período gestacional, tampouco qualquer desconfiância de gravidez. Foi-me amplamente alertado que não é indicada a realização do procedimento durante a gravidez;
- 4.2. informei à médica, todos os medicamentos que uso ou usei recentemente, bem como aos quais tenho alergia e principalmente à Vitamina A e seus derivados;
- 4.3. faço uso de anticoncepcional regularmente e, entendo que o uso do medicamento deste protocolo não é recomendado, inclusive, para mulheres que venham a engravidar durante o período de tratamento.



entendo e concordo que se o tratamento for interrompido, por qualquer motivo, devo devolver o medicamento na farmácia ou para a equipe médica.



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/