

TERMO DE CONSENTIMENTO

SOROTERAPIA

Cod-28-2025



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 com soroterapia me foi explicado minuciosa e especificadamente pela equipe médica, por isso entendo que:

O procedimento consiste na infusão de nutrientes e vitaminas no corpo do paciente pela via intravenosa.

O tratamento é realizado em forma de sessões e é indicado para pacientes que possuam deficiências de nutrientes.

1. Me foi explicado que devo:

- 1.1 contatar a equipe médica sempre em caso de dúvidas ou qualquer sintoma descrito ou não nesse termo;
- 1.2 seguir rigorosamente as orientações da equipe médica caso faça uso de medicações de uso contínuo ou controladas como isotretinoína;

2. ENTENDO E CONCORDO QUE:

- 2.1 a médica ou a sua equipe, **não podem garantir resultado específico** através da medicina, pois cada paciente possui características distintas e cada organismo se comporta de maneira diferente quando submetido à procedimentos invasivos. Mas se comprometem a utilizar os meios técnicos e científicos disponíveis, para alcançar o resultado mais próximo possível do esperado;
- 2.2 o tabagismo, o uso de drogas e/ou álcool, ainda que não impeçam a realização do procedimento, podem desencadear complicações após realizado o procedimento. 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 possíveis efeitos danosos;
- 2.3 posso adquirir reação alérgica à substância injetada portanto, eu autorizo a médica e sua equipe realizarem todos os procedimentos médicos necessários e indicados em eventuais intercorrências.

4. DECLARO AINDA:

4.1 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 e/ou durante a amamentação;

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

4.3 que relatei à equipe médica se sou portador de doenças autoimune ou crônicas.

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 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. A consulta de retorno deverá ser realizada em até 15 (quinze) dias do primeiro procedimento, sem exceção

_____, ____ de _____ de _____

Paciente:
CPF:

Dr.
CRM/