

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

ZAFFIRO



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 PACIENTE

CPF

IDADE PACIENTE

DATA PROCEDIMENTO

QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE

OBSERVAÇÕES MÉDICAS

O procedimento acima discriminado e por mim autorizado, me foi explicado especificadamente pela equipe médica, por isso entendo que:

O tratamento de peeling com água utiliza gotículas microscópicas para limpar, nutrir e rejuvenescer a pele, promovendo a hidroesfoliação da pele e reduzindo a flacidez da região tratada.

Podem ser utilizadas diferentes substâncias de tratamento, com fórmulas que foram desenvolvidas para diferentes fins:

- **HA Skin Health:** contém ácido hialurônico de baixo peso molecular, com efeito que potencializa as propriedades antienvhecimento;
- **Skin Brightening:** composta por agentes iluminadores que reduzem a produção de melanina, promovendo melhora de manchas e hiperpigmentação;
- **Acne Formula:** desenvolvida para peles com tendência a desenvolver acne, e atua reduzindo os sinais e cicatrizes da alteração, além de ajudar a acalmar a pele;
- **Soothing Skin Formula:** é composta por uma grande variedade de ingredientes e extratos naturais que ajudam a restaurar e manter a barreira protetora da pele;
- **Hair Nourishment:** desenvolvida especialmente para promover o crescimento capilar, reduzir a porosidade dos fios e fortalecer os cabelos.

1. A EQUIPE MÉDICA ME EXPLICOU QUE:

- 1.1. o tratamento poderá desencadear, precoce e/ou tardiamente: equimoses (roxos), hematomas (derrame de sangue), inchaços no local e regiões próximas, dor de cabeça, parestesia (queimação, dormência), eritemas (vermelhidão na pele), coceira, púrpura e descamação;
- 1.2. mesmo que **seja minimamente invasivo**, pode haver **vermelhidão** e inchaço local, sendo esses efeitos solucionados espontaneamente ou, se necessário, com medicamentos. Por isso é importante comunicar sempre ao médico sobre eventuais sensibilidades ou alergias;
- 1.3. em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas.

acordo do paciente

2. Entendi e concordei que:

- 2.1 cada organismo reage de forma distinta, e, por isso, **não é possível prever e/ou garantir o resultado específico**. No entanto, o médico se compromete a utilizar os meios técnicos e científicos disponíveis para alcançar o resultado mais próximo possível do esperado;
- 2.2 o efeito do tratamento poderá variar de acordo com os hábitos de vida de cada paciente tais como tabagismo, uso de medicamentos, o uso de drogas e/ou álcool, alimentação, atividades físicas e perda e/ou ganho de peso;
- 2.3 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;
- 2.4 caso o efeito desejado não seja obtido, pode se fazer necessário a realização de tratamentos adicionais, os quais, serão cobrados.

acordo do paciente

3. FUI ALERTADO QUE:

- 3.1 > pessoas com problemas cardíacos, sensíveis ou alérgicos a fármacos, com hipertensão grave e descompensada, insuficiência renal crônica, diabetes não controlada e patologias hepáticas não devem submeter-se ao procedimento;
- 3.2 > não poderei me submeter ao procedimento se eu tiver qualquer suspeita ou diagnóstico de doença autoimune descompensada.

acordo do paciente



4. DECLARO AINDA:

- 4.1. 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;
- 4.2. que informei à equipe médica, todos os medicamentos que uso ou usei recentemente, bem como aos quais tenho alergia, inclusive tipos de anestésicos;
- 4.3. que informei à médica sobre o uso de drogas (orais ou por outra via), alergias, tabagismo, e outras informações pertinentes à minha saúde.

acordo do paciente

5. ENTENDO E CONCORDO QUE:

5.2



a pele não pode estar bronzeada ou apresentar lesões no local do procedimento;

5.3



devo suspender o uso de isotretinoína, conforme orientado pela equipe médica;

5.4



devo evitar o uso de anti-inflamatórios e ácido acetilsalicílico ("Aspirina", "AAS") antes do tratamento;

acordo do paciente



SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS:

Eu autorizo que a médica utilize os meus registros (vídeos, som e imagem) para executar os procedimentos propostos, para fins de complementação documental do meu prontuário, para discussão do caso clínico com outros colegas médicos, para fins de pesquisa acadêmica, publicações, cursos, palestras e congressos médicos necessários.

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:

PROFISSIONAL:

REGISTRO: