

TERMO DE CONSENTIMENTO

DERMATOSCOPIA

O exame DE DERMATOSCOPIA me foi minuciosa e especificadamente explicada pela equipe médica, por isso, entendi que:

É um exame clínico, isoladamente, sem fins de diagnóstico, que permite mapear apenas estruturas superficiais da pele de forma que auxilie o médico a chegar num diagnóstico mais preciso.

1. FOI-ME EXPLICADO QUE:

1.1



a dermatoscopia é um exame indolente, sem contraindicações absolutas, devendo o paciente ser colaborativo durante o estudo;

1.2



os achados do exame não são absolutos e sim interpretativos e auxiliares à clínica, sinais e sintomas do paciente, serão combinados com achados clínico-laboratoriais e de imagem quando necessários e visam corroborar com a condução do caso;

1.3



o exame é realizado com o paciente totalmente sem roupa;

1.4



o exame não tem finalidade de diagnóstico, mas de orientação ao médico, não sendo possível realizar um diagnóstico definitivo ou inquestionável;

1.5



haverá sugestão, pelas características avaliadas, de hipóteses para detecção de patologias e lesões nas áreas avaliadas;

1.6



a sugestão de lesões e patologias poderá não ser possível em decorrência da individualidade inerente ao organismo e patologias de cada paciente;

1.7



poderão ser necessários outros exames e prosseguimento de investigação para melhor elucidação de cada caso, sendo a avaliação feita individualmente.

acordo do paciente

2. Entendi e concordei que a equipe médica não pode garantir qualquer resultado.

acordo do paciente

3. Foi-me orientado que o corpo humano pode ter variações anatômicas, e por isso:

- 3.1 cada organismo reage de forma específica e possui suas próprias características, não sendo possível indicar um resultado específico, mas sugerir de acordo com as características observadas;
- 3.2 ao exame, a equipe médica poderá fazer sugestões de outro(s) exame(s) complementar(s) para elucidação diagnóstica, se necessário, independentemente da investigação de origem;
- 3.3 em decorrência das variações inerentes a cada organismo e suas patologias, características distintas podem ser verificadas em exames realizados em dias diferentes.

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, para discussão do caso clínico com outros colegas médicos, e

para fins de pesquisa acadêmica, publicações em redes sociais, publicações acadêmicas, cursos, palestras e congressos médicos.

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/