

TERMO DE CONSENTIMENTO

AVALIAÇÃO DE LESÕES E PATOLOGIAS DERMATOLÓGICAS

A Avaliação de lesões e patologias me foi minuciosa e especificadamente explicada pela equipe médica, por isso, entendi que:

A ultrassonografia é um exame de imagem, sem fins de diagnóstico, que permite mapear apenas estruturas superficiais, como a pele e a gordura subcutânea, de forma que auxilie o médico a guiar, de maneira mais acurada, determinados procedimentos.

1. FOI-ME EXPLICADO QUE:

1.1



a ultrassonografia 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



exame objetiva indicar, através de ultrassonografia de alta frequência, as características das áreas e eventuais lesões avaliadas;

1.4



o exame não tem finalidade de diagnóstico, mas de orientação ao médico solicitante, 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 observar evidências de patologias coexistentes não solicitadas ou previstas originalmente, mas que serão indicadas no laudo final independentemente da solicitação do médico assistente, com a possibilidade, de haver a sugestão de outro(s) exame(s) complementar(s) para elucidação diagnóstica, se necessário, independentemente da solicitação do médico assistente;
- 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, 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/