

TERMO DE CONSENTIMENTO

MAPEAMENTO FACIAL E/OU CORPORAL



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 PROCEDIMENTOS
QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE	
OBSERVAÇÕES	

A ultrassonografia para mapeamento de face/corpo é um exame de imagem que permite avaliar as estruturas superficiais, como a pele e a gordura subcutânea. O procedimento pode ser realizado em qualquer área da superfície corporal.

Observação: o exame não tem fim diagnóstico, é um exame complementar, interpretativo e retrato do momento exato realizado. Além disso, é importante entender que a tecnologia dos aparelhos utilizados para o exame possui limitações, que devem ser respeitadas. Qualquer conclusão ou diagnóstico deverá ser feito pelo médico assistente após análise combinada do laudo de ultrassom e exames clínico-laboratoriais necessários.

Declaro que procurei, por livre e espontânea vontade, esta equipe médica para realizar o **exame de ultrassom dermatológico**.

1. A ULTRASSONOGRAFIA PARA MAPEAMENTO, ME FOI MINUCIOSA E ESPECIFICADAMENTE EXPLICADA PELA EQUIPE MÉDICA, POR ISSO ENTENDO QUE:

- 1.1 > o mapeamento objetiva indicar, através de ultrassonografia de alta frequência, as características das áreas da face ou corpo;
- 1.2 > a habilidade de se obter o resultado correto/ideal depende de fatores como: tipo de material mapeado, forma e local do material, anatomia do corpo do paciente e grau de obesidade do paciente;
- 1.3 > não é possível identificar, com certeza, os produtos injetados. De acordo com as características mapeadas é possível fazer sugestões dos possíveis produtos, de acordo com a compatibilidade das características identificadas pelas imagens;
- 1.4 > caso sejam **identificadas informações relevantes e importantes à minha saúde** que não tenham sido solicitadas pelo médico assistente, **novos exames de imagem ou clínicos poderão ser solicitados** por essa equipe médica;
- 1.5 > não serei exposto a riscos desnecessários com exames e laudos que não adicionarão informações relevantes à conduta do médico assistente;

1.6



no laudo, serão incluídas somente as considerações analisadas por essa equipe médica. Em nenhuma hipótese poderão ser incluídas informações sugeridas pelo paciente;

1.7



o mapeamento poderá ter alterações devido à migração dos materiais e substâncias pelo tempo, pela gravidade, movimentação, absorção e/ou degradação inerente ao organismo de cada paciente.

acordo do paciente

2. FOI-ME ORIENTADO QUE O CORPO HUMANO PODE TER VARIAÇÕES ANATÔMICAS:

2.1



cada organismo reage de forma específica e possui suas próprias características, por isso, não é possível indicar um resultado específico, mas sugerir de acordo com as características observadas;

2.2



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;

2.3



em decorrência das variações inerentes a cada organismo e suas patologias, características distintas podem ser verificadas em exames realizados em momentos e dias diferentes.

acordo do paciente

3. ENTENDO E CONCORDO QUE:

3.1. o médico ou a sua equipe, não garantem qualquer resultado;

acordo do paciente

4. FOI-ME ESCLARECIDA A IMPORTÂNCIA DE INFORMAR À MÉDICA E A SUA EQUIPE SOBRE MEU ESTADO DE SAÚDE, DOENÇAS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS. POR ISSO, É DE MINHA INTEIRA RESPONSABILIDADE A NÃO INFORMAÇÃO SOBRE:

4.1



os medicamentos que uso ou usei recentemente e aqueles de uso contínuo;

4.2



às alergias que tenho conhecimento, inclusive de anestésicos;

4.3



qualquer doença, principalmente as autoimunes.



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 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/