

TERMO DE CONSENTIMENTO

MAPEAMENTO DE PREENCHEDORES



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 DO MÉDICO	CRM
NOME PACIENTE	
IDADE PACIENTE	DATA PROCEDIMENTO
QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE	
OBSERVAÇÕES	



O procedimento me foi minuciosa e especificadamente explicado pela equipe médica, por isso entendo que:

A **ultrassonografia** é um exame de imagem que permite mapear as estruturas superficiais, como a pele e a gordura subcutânea de forma a guiar o médico para drenar o seroma adequadamente.

Observação

a imagem não tem fim diagnóstico

1. Me foi explicado que:

1.1

o mapeamento objetiva indicar, através de ultrassonografia de alta frequência, as características das áreas preenchidas na face;

1.2

o mapeamento não tem finalidade de diagnóstico, mas de orientação ao médico assistente;

1.3

haverá sugestão, pelas características avaliadas, de preenchedores permanentes e não permanentes nas áreas avaliadas;

1.4

a sugestão de preenchedores não permanentes poderá mudar em decorrência da absorção pelo organismo do paciente;

1.5

o mapeamento poderá ter alterações devido à migração dos preenchedores pelo tempo, pela gravidade e degradação inerente ao organismo de cada paciente.

acordo do paciente

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

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 médica e sua equipe poderão observar evidências de patologias não solicitadas ou previstas originalmente, mas que serão indicadas no laudo final independentemente da solicitação do médico assistente;

2.3



em decorrência das variações anatômicas, características distintas podem ser verificadas em exames realizados em dias diferentes.



3. ENTENDI E CONCORDEI QUE;

- 3.1. em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas;
- 3.2. o médico ou a sua equipe, não garantem qualquer resultado;
- 3.3. eu autorizo os registros de foto, som, imagem e vídeo necessários para que a médica execute os procedimentos propostos, para fins de complementação documental do meu prontuário e publicações sem a minha identificação;
- 3.4. eu autorizo que as imagens dos exames, laudos e informações sejam compartilhados com o médico assistente ou com outros médicos, com objetivo de buscar opiniões, discussão do laudo ou novas propostas de condução médica.



SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS:

acordo do paciente

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 profissional e a sua equipe 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:

Dra.
CRM/