

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

PARA DERMOABRASÃO FACIAL

PACIENTE

Nome: _____

Identidade: _____; CPF: _____; Idade: _____

Responsável (se menor ou incapaz): _____

CPF: _____

NOME DO(A) MÉDICO(A): _____

CRM/GO: _____

Membro especialista como titular pela Sociedade Brasileira De Dermatologia Profissional credenciado sob o RQE nº _____

Por determinação explícita de minha vontade ou de meu representante legal, por este termo, **autorizo** o(a) médico(a) acima indicado e todos os demais profissionais a ele(a) vinculados neste ato, a realizar o procedimento denominado cientificamente e popularmente como **DERMOABRASÃO FACIAL e/ou ABRASÃO DA PELE DA FACE**, bem como todos os cuidados e tratamentos médicos necessários dele(s) decorrentes.

Declaro que fui devidamente informado(a), quanto aos seguintes aspectos do tratamento/procedimento:

- a) A dermoabrasão ajuda a refinar as camadas superficiais da pele por meio de um método controlado de raspagem cirúrgica. O tratamento suaviza as irregularidades da superfície, utilizando-se aparelho chamado dermoabrasor ou lixa d'água, dando à pele uma aparência mais suave.

b) A dermoabrasão é mais frequentemente utilizada para melhorar a aparência da pele da face com cicatrizes de acne, de acidentes ou de cirurgias prévia e rinofimas, bem como para suavizar rugos faciais;

c) A melhora a ser obtida será baseada na **situação inicial pré-procedimento individual**, e **não em comparação a outros pacientes ou um eventual padrão de beleza**;

d) Eu compreendo que existe a possibilidade de alguns efeitos adversos previsíveis e de curta duração, tais como:

- **vermelhidão** na pele renovada é um efeito esperado e mais comum nas peles claras do que nas escuras. A vermelhidão pode perdurar por semanas, menos frequentemente, por meses, sendo raramente permanente;

- **descoloração ou despigmentação cutânea** nas áreas manuseadas e pode ocorrer nas pessoas de pele clara, porém, é mais frequente em pacientes de pele morena;

- **escurecimento permanente da pele** pode ocorrer em alguns pacientes devido à exposição ao sol, nos dias, ou meses, após o procedimento;

- **Poderão** surgir pequenas espinhas após o procedimento, que desaparecerão com o tempo.

- Frise-se que estas alterações podem perdurar por um período indeterminado e que, muito raramente, poderão ser permanentes.

Estou ciente de que poderá:

1. Haver **aumento da sensibilidade nas áreas submetidas à abrasão**, por um período indeterminado de tempo, havendo melhora progressiva na maioria dos casos;

2. Ocorrer **cicatrizes hipertróficas** ou **queloides**, que, geralmente, caracterizam-se pela formação de cicatriz elevada, de coloração rosa e associadas a prurido, em áreas onde a abrasão foi mais profunda ou quando ocorre um processo infeccioso nas áreas tratadas. Nesse aspecto, a propensão individual a uma cicatrização de pior qualidade deve ser levada em consideração em cada paciente;

3. Acontecer um processo infeccioso na área tratada ou em áreas à distância da cirurgia, decorrentes de uma **queda de imunidade e contaminação por germes existentes na própria pele** do(a) paciente e que podem necessitar de tratamento com antibióticos, curativos e até internação hospitalar em casos extremos;

4. Advir **surto de herpes na área operada**, razão pela qual a profilaxia com antivirais deve ser feita rotineiramente nos(as) pacientes que serão submetidos(as) à dermoabrasão;

5. Incidir **dor pós-operatória de moderada a intensa e prurido** (coceira) na região que sofreu o processo abrasivo, em maior ou menor grau de intensidade, por um período de tempo indeterminado e que é variável de acordo com as condições individuais de cada paciente;

6. Surgir alergias às pomadas e aos cremes utilizados comumente para curativos, mesmo em pacientes sem história prévia deste tipo de reação;

Entendo que, acaso eu seja fumante, deverei parar de fumar por duas semanas, antes e após o procedimento, pois o cigarro diminui a circulação de sangue na pele e impede ou dificulta a cicatrização.

Estou ciente de que não é incomum o procedimento ser executado mais de uma vez, em especial quando a cicatriz é profunda ou grande área de pele está envolvida e, assim, eventualmente, o tratamento poderá necessitar de novos procedimentos para atingir um melhor resultado;

CONTRA-INDICAÇÕES:

Não podem fazer uso da técnica de DERMOABRASÃO FACIAL pessoas portadoras de infecções ativas (bacterianas, virais ou fúngicas) e grávidas.

Entendo que devo informar meu/minha médico(a), em caso de histórico de herpes simples, histórico de quelóide, cicatrizes hipertróficas e atróficas, bem como doenças anteriores.

CUIDADOS PRÉ- PROCEDIMENTO

- É necessário o uso do antiviral _____, em caso de antecedente de herpes simples;

- É indispensável a remoção de toda maquiagem antes do procedimento;

- Fui esclarecido(a) sobre o uso de anestésico, do tipo _____, que deverá ser aplicado da seguinte forma: _____

APÓS A CIRURGIA

- Logo após o procedimento, a pele ficará bastante vermelha e inchada. Pode ocorrer sensação de formigamento, queimação ou dor, que podem ser controlados com medicamentos prescritos pelo(a) médico(a);
- Pode haver **sangramento** ou **exsudato**;
- O inchaço começará a diminuir dentro de alguns dias;
- No período pós-operatório, poderá haver sangramentos ou exsudato (líquido transparente) na área tratada.
- Uma crosta irá se formar sobre a área tratada durante o processo de cicatrização. A crosta irá cair à medida que uma nova camada de pele é formada. **A não remoção das crostas pelo paciente é essencial para o bom resultado do procedimento**;
- O rosto pode coçar à medida que nova pele se forma, ocasião em que o(a) médico(a) responsável poderá prescrever pomada para aliviar o desconforto e lhe dará orientações detalhadas sobre como cuidar de sua pele após a cirurgia;
- Para os homens, cuidados especiais incluem postergar o barbear e usar um barbeador elétrico ao fazer a barba pela primeira vez e após a cirurgia, cujo momento será definido pelo(a) médico(a);
- Se for observada piora geral na área tratada e, não, demonstre a evolução positiva (cada vez mais vermelha e com coceira após o início da cicatrização), com aparecimento de vesículas, bolhas, secreção purulenta ou mesmo inchaço persistente, por período maior que 24h (vinte e quatro horas), pode ser um sinal de que reações anormais estão começando a se formar. Acaso observada algumas dessas reações, o paciente deverá entrar em contato com o(a) médico(a) imediatamente, de modo que procedimentos adequados sejam realizados a contento.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Eu entendo que tanto o(a) médico(a) quanto sua equipe obrigam-se unicamente a usar todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o resultado desejado, tanto quanto ao percentual de melhora dos resultados atingidos.

Comprometo-me em cooperar **plenamente** com meu/minha médica, responsável por meu tratamento, **desde a consulta inicial até meu restabelecimento completo**, cumprindo todos meus deveres como paciente no contrato firmado.

Eu sei que devo aceitar e seguir todas as **determinações e orientações** que me forem indicadas (oralmente e/ou por escrito) por meu/minha médico(a), pois, em não havendo colaboração de minha parte, **poderei comprometer o tratamento executado e o resultado final do procedimento**, **além de pôr em risco minha saúde e meu bem estar.**

Eu compreendo e aceito o fato de que o **tabagismo e doenças crônicas**, o uso de **medicamentos para emagrecer, antibióticos, álcool, drogas lícitas e ilícitas**, ainda que não impeçam a realização deste procedimento, **são fatores que podem desencadear complicações ou comprometer o resultado desejado, principalmente da cicatrização.**

Declaro que não estou grávida, acaso seja paciente do sexo feminino.

Eu asseguro ter feito um **relato cuidadoso e fiel da minha história pessoal e familiar de saúde física e mental**, além de informar se possuo alguma **reação alérgica ou incomum a medicamentos** anteriormente utilizados, dentre outros componentes alergênicos.

Declaro que fui verdadeiro(a) quanto a possuir ou não alguma **doença sanguínea ou sistêmica, reações na pele, sangramento anormal, dificuldade de cicatrização, doenças imunológicas, doenças neurológicas** ou quaisquer outras condições relacionadas à minha saúde que possam comprometer o resultado do tratamento ou meu estado de saúde.

Compreendo, ainda, que deverei informar ao meu/minha médico(a) todo e qualquer **medicamento/droga que esteja utilizando, seja ele legal ou ilegal, alopático, homeopático ou fitoterápico.**

Portanto, **entendo** que eventuais **omissões ou falhas nas informações a mim solicitadas pelo(a) médico(a) podem resultar em significantes complicações de meu tratamento ou meu estado de saúde, dos quais serei responsável em decorrência da minha omissão.**

Entendo que melhores resultados de rejuvenescimento são obtidos por meio da associação de diversos tratamentos, entre eles toxina botulínica, laser fracionado de CO2, tratamento de pele e reposição de volume facial.

Declaro que nada omiti em relação à minha saúde e que esta declaração **passa a fazer parte da minha ficha clínica.**

CONCORDO E COMPROMETO-ME, também, em retornar ao consultório médico, no período indicado pelo(a) meu/minha médico(a), para controle e instruções - ainda que resida em cidade distinta da que foi realizada o procedimento, e informar, **de imediato**, **qualquer circunstância nova que possa ser divergente das orientações e informações recebidas**, sob pena de limitar o sucesso do procedimento médico a que fui submetido.

Autorizo o registro por meio de fotos, sons, imagens, dentre outras formas, do(s) procedimento(s) necessários e seu(s) resultado(s), por compreender que tais registros, são exigência médico-legal, e ainda representam uma alternativa importante **para controle e acompanhamento do meu estado de saúde.**

EU AUTORIZO() OU NÃO AUTORIZO() a disponibilidade dos registros de meu tratamento para estudos com fins científicos, estando sempre preservada minha identidade.

Declaro, por último, que tive a oportunidade de **esclarecer todas as minhas dúvidas** relativas ao procedimento ao qual, voluntariamente, submetter-me-ei, que me foram informadas a **natureza e características do procedimento proposto, a finalidade**, bem como dos **resultados esperados.**

Também me foram informados **os possíveis riscos conhecidos, complicações e benefícios esperados** relativos ao tratamento proposto e **as formas alternativas de tratamento, incluindo o não-tratamento**, razão pela qual **atesto que com tais explicações e esclarecimentos estou plenamente satisfeito(a) e que compreendi e aceito me submeter ao(s) tratamento(s) proposto(s) e autorizo o(a) profissional abaixo designado(a) a realiza-lo(s) e, desta forma, eu aceito os riscos e possíveis complicações inerentes ao mesmo.**

Estou ciente de que **poderei revogar o presente termo de consentimento a qualquer momento**, bastando para tanto que comunique minha decisão ao(a) meu/minha médico(a) e assine, conjuntamente com ele(a), o **Termo de Revogação** ou **Termo de Abandono de Tratamento**, que será disponibilizado no momento da declaração da vontade de não me submeter ao procedimento acima proposto.

E para que fique registrado o seu pleno consentimento em submeter-se ao procedimento acima descrito, firma o presente documento em 02 (duas) vias, as quais vão também assinadas por 02 (duas) testemunhas. Uma das vias será destinada ao(a) Médico(a) e a outra será entregue ao(a)

paciente.

Goiânia/GO, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) paciente ou do(a) responsável legal

_____ CRM: _____

Assinatura do(a) Médico(a)

Testemunhas: 1. _____ RG: _____

2. _____ RG: _____