

FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO AO(A) PACIENTE QUE REFERE COMPLICAÇÃO DE PROCEDIMENTO ESTÉTICO REALIZADO POR OUTRO(A) PROFISSIONAL

*Formulário a ser preenchido pelo(a) próprio(a) paciente ou pelo(a) responsável legal.

Nome do(a) paciente:

Data de nascimento:

Idade:

Gênero:

Procedimento(s) realizado(s):

Data(s) do(s) procedimento(s):

Profissional que realizou o(s) procedimento(s):

Formação do(a) profissional acima:

Descreva, com suas palavras, os fatos relacionados ao(s) procedimento(s) realizado(s) que apresentou(aram) complicação(ões), se possuía conhecimento da formação do(a) profissional acima e como o(a) mesmo(a) se apresentava.

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

Local e data: _____, ____ de _____ de _____

Observação:

Este formulário preenchido deverá ficar arquivado junto com prontuário médico do(a) paciente, podendo, a qualquer tempo, o(a) paciente solicitar uma cópia desse documento.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO TRATAMENTO DERMATOLÓGICO

Eu, _____ (nome do(a) paciente), R.G. _____, declaro que procurei o(a) médico(a). _____ (nome do(a) médico(a)) para tratar de complicação(ões) do(s) procedimento(s) conforme relatei no FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO AO(À) PACIENTE QUE REFERE COMPLICAÇÃO DE PROCEDIMENTO ESTÉTICO REALIZADO POR OUTRO(A) PROFISSIONAL. Entendo que há a possibilidade de que eu venha a apresentar sequela(s) dessa(s) complicação(ões), tais como manchas, cicatrizes, entre outras, e que essas não estão relacionadas com o tratamento atual. Autorizo que sejam fotografadas as lesões apresentadas e sua apresentação em decorrência de requerimento judicial ou por solicitação de autoridade policial, ou ainda, a requerimento do Ministério Público. Caso eu tenha sido atendido(a) por profissional não médico, fui orientado(a) a comunicar o ocorrido à autoridade policial local, de forma a realizar o exame de corpo de delito necessário para averiguação quanto à possível lesão corporal ou dano à minha saúde e ____ (sim/não) autorizo o envio das informações, que incluem os dados que informei no FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO AO(À) PACIENTE QUE REFERE COMPLICAÇÃO DE PROCEDIMENTO ESTÉTICO REALIZADO POR OUTRO(A) PROFISSIONAL e as imagens das lesões, ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina (CRM-SC) e ao Ministério Público. Declaro ainda reconhecer que a autorização de envio das informações/imagens às autoridades de fiscalização competentes não traz qualquer obrigação ao(à) médico(a), sendo-lhe facultado o encaminhamento, que deve ser de iniciativa do(a) paciente. Declaro que fui devidamente informado(a) quanto ao procedimento médico que será realizado, sendo concedida a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas antes da assinatura deste termo. Serve o presente como comprovação de que me foram esclarecidos os riscos inerentes ao procedimento médico recomendado, em especial quanto aos seguintes pontos específicos:

1. O tratamento _____ é um procedimento médico, utilizado para _____
_____ (preenchimento pelo(a) médico(a)).

2. Como todo procedimento médico dermatológico, esse tratamento possui riscos à saúde do(a) paciente, sendo que há alguns efeitos colaterais mais comuns, como: (preenchimento pelo(a) médico(a))

3. Caso haja qualquer efeito colateral que persista por mais de 48 (quarenta e oito) horas após o tratamento, o(a) paciente deve procurar o(a) profissional que realizou o procedimento e, na impossibilidade de localizá-lo(a), recorrer a um sistema de saúde emergencial, levando consigo toda a documentação envolvendo o procedimento médico realizado.

Estou ciente que este termo, apesar de informativo, não contempla eventuais complicações e riscos possíveis decorrentes de efeitos colaterais, que deverão ser levados ao conhecimento do(a) médico(a) imediatamente. Fui também informado(a) que o procedimento médico que será realizado não é de resultados, não havendo garantia ABSOLUTA de que o efeito desejado será plenamente atingido, considerando que cada organismo reage de maneira diversa quando se trata de procedimento médico. Por fim, afirmo que _____ (sim/não) sou paciente gestante e _____ (sim/não) estou em período de amamentação, para que o(a) médico(a) responsável possa avaliar a possibilidade de realização do procedimento e em quais circunstâncias.

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

Nome do(a) médico(a): _____ CRM-SC nº _____ RQE nº _____

Assinatura do(a) médico(a)

Local e data: _____, _____ de _____ de _____