

MICROPIGMENTAÇÃO DE ARÉOLA

TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE MICROPIGMENTAÇÃO DE ARÉOLA

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao:

() Paciente e ou () Responsável: _____,
quanto aos principais aspectos relacionados a micropigmentação de aréola ao (s) qual (is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de colaboradores do Complexo de Saúde São João de Deus, profissionais especializados e empresas prestadores de serviços parceiras do CSSJD

PROCEDIMENTO, RISCOS e CUIDADOS

1) A micropigmentação é uma técnica de implantação de pigmentos na camada superficial da pele, com o auxílio de um equipamento chamado dermógrafo e agulhas específicas. Por ser superficial e ter um efeito natural, a duração média é de 8 a 18 meses;

2) Tratando-se de uma técnica superficial, será necessária a realização de uma revisão após 30 dias da primeira aplicação, já que a partir de 20 dias da primeira aplicação, haverá um clareamento de aproximadamente 50% em relação ao dia do procedimento;

- Logo após a pigmentação a cor é intensa devido ao depósito recente de pigmentos na pele, em 10 a 15 dias, haverá a formação de uma crosta - "casquinha" - no local. Não se preocupe quando a "casquinha" ao sair, aparentar estar sem pigmento, isso pode ocorrer pelo fato de o pigmento, que está sob a pele, passar por um processo cicatrização, ele surgirá no decorrer da cicatrização que necessita de um período de 28 dias;
- Não remover a crosta, ela é importante para perfeita cicatrização e acaba por cair sozinha. É muito comum cair após o banho;
- Molhar o local apenas no final do dia com pouca água, movimentos leves e sabão neutro líquido;
- Evitar banhos quentes;
- Limpar a região com água e sabonete líquido sem raspar ou esfregar e aplicar cicatrizante.
- Ao aplicar o cicatrizante cobrir com filme plástico. Nunca cobrir com gaze, algodão ou manter a superfície do procedimento diretamente à roupa, pois a crosta pode grudar ao tecido e ser retirada ao retirar a roupa;
- Não utilizar banho de sol, sauna, bronzamento artificial, cosméticos (região da mama e colo), ácidos, banho de piscina ou qualquer outro produto que não tenha sido recomendado por escrito no período de 30 dias e evitar atividades que proporcionem suor em excesso durante este período;
- Caso esteja realizando tratamento com ácido na região do procedimento é necessário interromper 30 dias antes do procedimento;
- O procedimento deve ser reavaliado após 30 dias, aí sim o trabalho poderá estar concluído. Este retorno se faz necessário para possíveis retoques, falhas e acertos de cor e desenho. A reavaliação ou qualquer retoque necessário não será cobrado desde que realizado até 30 a 45 dias após o procedimento;
- Lembrar que para sua remoção, os métodos são invasivos, por isso, ressaltamos a importância da avaliação e aprovação do desenho, cor e técnica indicados.

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, _____, inscrito no CPF sob o nº _____ () Paciente () Responsável grau de parentesco: _____, autorizo a realização da Micropigmentação de Aréola.

Declaro que recebi do profissional _____, todas as informações pertinentes ao procedimento e suas complicações de forma oral, em linguagem clara e simples, e que compreendo o alcance, os riscos e complicações, sendo assim, decidimos conjuntamente, o profissional e eu, que a micropigmentação é a melhor indicação neste momento para meu quadro. Declaro ciência de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis deste procedimento, mas é a lista de riscos mais comuns e severos.

Comprometo-me a colaborar com o procedimento, fazendo os cuidados pós procedimento e seguindo todas as recomendações que me foram feitas, ciente de que o não cumprimento destas determinações poderá acarretar em prejuízos nos resultados.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Divinópolis, _____ de _____ de _____

Assinatura

MICROPIGMENTAÇÃO DE ARÉOLA

TESTEMUNHAS

1ª Testemunha

Nome: _____
Assinatura: _____
CPF: _____

2ª Testemunha

Nome: _____
Assinatura: _____
CPF: _____

DECLARAÇÃO DO PROFISSIONAL

Declaro ter explicado todo o procedimento de micropigmentação de aréola ao paciente/responsável acima identificado, expliquei ainda sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo (s) mesmo (s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, estão em condições de compreender o que lhe (s) foi informado.

Divinópolis, _____ de _____ de _____

Nome completo: _____

_____ Assinatura

TRAGA PARA O HOSPITAL

- 1) Documento de identidade.
- 2) Venha com roupas confortáveis se for possível.

OUTRAS ANOTAÇÕES