

CONSENTIMENTO INFORMADO

PEELING QUÍMICO

NOME DO PACIENTE:

Você estará prestando uma inestimável colaboração a “você mesma” lendo com atenção as informações desse manual. A maioria das dúvidas das pacientes foram cuidadosamente respondidas aqui. Guarde e consulte sempre que necessário. Além disso, lembre-se: a consulta é presencial para que seu médico possa examinar e avaliar a situação, nunca por WhatsApp. Anote as dúvidas que surgirem para não esquecer de perguntar e aproveite o momento da consulta para esclarece-las. O atendimento por celular deve ser reservado para situações de urgência.

RECOMENDAÇÕES:

- 1) Utilize corretamente as medicações prescritas e siga rigorosamente as orientações médicas;
- 2) Poderá retornar às atividades profissionais 7 dias após o peeling;
- 3) Não tome medicações sem o conhecimento do seu médico;
- 4) Evitar sol, friagem, vento e traumatismos locais por um período de 30 dias.
- 5) Evitar alimentos sólidos que exijam mastigação intensa nos primeiros dias. Alimentação livre, a partir do segundo dia, principalmente à base de proteínas (carnes, leite, ovos) e vitaminas (frutas).
- 6) Voltar ao consultório para curativos subsequentes e acompanhamento pós-operatório nos dias e horários estipulados.
- 7) Mesmo se estiver se sentindo bem, a ponto de esquecer que foi operada recentemente. Cuidado! A euforia poderá levá-la a um esforço inoportuno, o que determinará certos transtornos.
- 8) Não se preocupe com as formas intermediárias nas diversas fases. Tire com seu cirurgião, e somente com ele, quaisquer dúvidas.

PEELING OU RESURFACING DA PELE

Esta conduta, que já foi largamente utilizada pelos cirurgiões plásticos em décadas anteriores, passou por um período de baixa procura. Atualmente tem sido bastante procurada, pelo fato de novos procedimentos terem sido introduzidos (utilizando-se substâncias químicas, recursos instrumentais como Dermoabrasores, Raios Laser, Radiofrequência, etc.).

Vários fatores deverão ser levados em consideração, no exame inicial do(a) paciente:

- a) Irregularidade da pele e sua causa: sequela de espinhas, varíola, cicatrizes leves, microsulcos, etc.
- b) Tipo étnico do(a) paciente: as pessoas de pele morena são mais propícias às complicações tipo "manchas". Daí, a menor incidência de sua indicação em países tropicais (Brasil, etc.).
- c) Tipo de atividade profissional do(a) paciente.
- d) Presença de fatores locais que contraindiquem o ato (barba irritável, espinhas ativas, irregularidade na superfície cutânea muito acentuada, presença de discromias em outras áreas, cicatrizes inestéticas, etc.)

e) Motivação do (a) paciente.

A Dermoabrasão, Peeling ou Resurfacing poderá ser indicada em 1 ou mais sessões (quando indicadas mais de 1 sessão, recomenda-se certo intervalo entre uma e outra, dependendo das características da pele, assim como a técnica empregada).

Poderá ser realizada sob anestesia local ou geral ou mesmo sob sedação (peeling químico).

Durante as primeiras fases (período de eritema) é proibida a exposição ao sol, a fim de se evitar o aparecimento de manchas na pele. Esta conduta poderá ser feita simultaneamente em áreas específicas (peri-bucal, pés de galinha, microsulcos peribucais, ou na face total).

Tratando-se de conduta que exige o esclarecimento de detalhes sobre o resultado a ser oferecido, normalmente solicita-se dos (as) pacientes que exponham todas suas dúvidas durante a primeira consulta.

A relatividade do resultado deverá ser assumida, para fins de decisão da intervenção, pelo(a) próprio(a) paciente, juntamente com seu cirurgião.

. ESCLAREÇA COM SEU MÉDICO EXATAMENTE O QUE IMAGINA QUE VAI ACONTECER COM SUA FACE PARA SE CERTIFICAR SE SUAS EXPECTATIVAS PODERÃO SER ATENDIDAS E ESTEJA CERTO QUE ESTÁ PREPARADO PARA ESSA MUDANÇA

Declaro que recebi uma cópia deste "TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO" assim como todos os esclarecimentos necessários sobre as informações específicas contidas neste termo sobre a cirurgia a ser realizada.

Assim, livremente e de espontânea vontade, assino o presente TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO para que a Dra. Marcela C Cammarota, C.R.M. Nº 10.006 DF possa realizar o procedimento cirúrgico de:

e para que produza os devidos efeitos legais.

DATA:

ASSINATURA DO PACIENTE ou RESPONSÁVEL:

ASSINATURA DO MÉDICO:

Marcela Cammarota
Marcela C. Cammarota
MÉDICA
CRM-DF 10006