Anamnese e consentimento — Aplicação intramuscular com prescrição · para preenchimento em papel

Identificação

Nome completo

Data de nascimento ____ / ____ / ________

CPF

WhatsApp

Este documento reúne a sua ficha de anamnese e o consentimento para a aplicação intramuscular de um medicamento prescrito por outro profissional habilitado: vitaminas, minerais e outros injetáveis, medicamento de uso contínuo, reposição hormonal com diagnóstico ou medicamento sujeito a controle especial. Responda com sinceridade: as respostas orientam a avaliação de segurança antes de cada aplicação. Não abrange prescrição, indicação de dose, finalidade estética ou de desempenho, nem implantes hormonais.

O que é este atendimento

A profissional farmacêutica aplica, por via intramuscular, o medicamento indicado na receita apresentada. A escolha do medicamento, a dose, o intervalo e o acompanhamento do tratamento são de responsabilidade do profissional que prescreveu. A farmacêutica avalia a receita, confere o produto, a validade e o registro, e pode recusar ou adiar a aplicação quando houver dúvida sobre a prescrição, a procedência do medicamento, as respostas desta ficha ou a sua segurança.

Receita e procedência do medicamento

A aplicação depende de receita válida, legível e dentro do prazo, com nome, conselho e número do prescritor. Para medicamentos sujeitos a controle especial, inclusive hormônios, é exigida a receita do tipo correspondente, com indicação clínica, e a cópia carimbada pela farmácia fica arquivada no prontuário. O medicamento deve ser adquirido pela paciente em farmácia, com nota fiscal, e apresentado lacrado, dentro da validade e com registro na Anvisa. A clínica não fornece, vende nem guarda medicamentos controlados. Não serão aplicados produtos injetáveis de procedência duvidosa nem hormônios com finalidade estética ou de ganho de desempenho.

Local da aplicação

O local da injeção (glúteo, deltoide ou face lateral da coxa) é escolhido pela profissional conforme o medicamento, o volume e as condições da paciente. Quem tem PMMA, silicone ou outro preenchedor, bioestimulador ou implante nos

glúteos não deve receber injeção nessa região: há risco de infecção, inflamação e de atingir ou deslocar o material, além de dificultar a aplicação correta. Nesses casos a aplicação é feita em outro local ou adiada para avaliação. Por isso é obrigatório informar qualquer produto aplicado nos glúteos, mesmo há muitos anos.

Acompanhamento com o prescritor

O tratamento deve ser indicado e acompanhado pelo prescritor, com exames quando necessário. No caso de reposição hormonal, a indicação parte de diagnóstico de deficiência e exige exames periódicos. A aplicação na clínica não substitui consultas, exames ou ajustes de dose pelo prescritor.

Riscos da aplicação

Podem ocorrer dor, sensibilidade, endurecimento, hematoma e incômodo para movimentar o local por alguns dias, além de tontura ou mal-estar passageiro no momento da injeção. Mais raramente podem ocorrer abscesso ou infecção, lesão de nervo com dor irradiada, dormência ou fraqueza, aplicação acidental em vaso, lesão da pele e do tecido no local da injeção, tosse ou sensação de falta de ar logo após medicamentos oleosos, e reação alérgica, inclusive grave (anafilaxia). Informar alergias e reações anteriores reduz esses riscos.

Efeitos do medicamento

Os efeitos de cada medicamento são explicados pelo prescritor e constam da bula; vitaminas e minerais injetáveis também podem causar reações alérgicas e dor local. No caso de hormônios, podem incluir aumento do hematócrito (sangue mais espesso), risco de trombose, alterações de colesterol e do fígado, acne, oleosidade, queda de cabelo, alterações de humor, retenção de líquido, alterações na fertilidade e, em mulheres, engrossamento da voz, aumento de pelos e outros sinais de virilização, que podem ser permanentes.

Observação e cuidados após a aplicação

Após a aplicação, permaneço na clínica pelo tempo orientado pela profissional para observação. No local, evito massagem vigorosa, calor intenso e atividade física pesada no dia, salvo orientação diferente. O medicamento, o lote, a validade, o local e o lado da aplicação ficam registrados no prontuário.

Quando avisar ou buscar assistência

Falta de ar, chiado, inchaço de lábios, língua ou garganta, coceira generalizada, tontura ou desmaio após a aplicação são emergência. Dor, vermelhidão ou calor que aumentam no local, febre ou secreção, dor ou inchaço em uma perna, dor no peito ou fraqueza súbita também precisam de avaliação imediata. Em uma emergência, procure um pronto-socorro ou acione o SAMU pelo 192; não espere resposta da clínica por mensagem. Depois, comunique a clínica pelo (31) 99584-4803.

Uso dos meus dados

Autorizo o tratamento dos meus dados pessoais e de saúde por Ana Maria Costa Jacob, CRF/MG 40880, conforme a Lei nº 13.709/2018, para prestação segura do atendimento, cumprimento de obrigações legais e defesa de direitos. Guarda por 20 anos. Os dados não são vendidos nem cedidos para fins comerciais. Posso pedir acesso, correção ou eliminação pelo WhatsApp (31) 99584-4803. Este documento não autoriza uso de imagem, que tem documento próprio.

Decisão sobre a aplicação descrita

Declaro que respondi a todas as perguntas com sinceridade, sem omitir informação sobre meu estado de saúde, medicamentos, alergias, implantes ou procedimentos anteriores, e que comunicarei qualquer alteração antes de cada aplicação. Estou ciente de que a omissão pode me expor a riscos evitáveis. Posso pedir esclarecimentos, adiar ou recusar a aplicação, sem precisar justificar, e recebo uma cópia deste documento, emitido em duas vias. Aceito a assinatura eletrônica deste documento, com registro de data, hora, dispositivo e integridade do conteúdo, como manifestação válida da minha vontade, nos termos do art. 10, §2º da MP 2.200-2/2001.

Sobre você

Data de nascimento (obrigatória)

____ / ____ / ________

Profissão

Contato de emergência (nome e telefone) (obrigatória)

Sua saúde

Está grávida, com suspeita de gravidez ou amamentando? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Tem doença crônica em tratamento (diabetes, hipertensão, tireoide)? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Tem doença cardíaca, renal ou hepática? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Tem doença autoimune ou inflamatória? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Tem doença neuromuscular (miastenia, ELA, outras)? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Tem epilepsia ou já teve convulsões? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Tem ou teve câncer? Está em tratamento oncológico? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Tem imunossupressão de qualquer causa? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Tem distúrbio de coagulação ou sangra com facilidade? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Usa marca-passo ou tem prótese ou implante metálico? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Tem histórico de queloide ou cicatrização anormal? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Tem herpes labial ou genital recorrente? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Tem doença de pele em atividade (acne, dermatite, rosácea)? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Fez alguma cirurgia nos últimos 6 meses? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Fez ou fará procedimento odontológico em até 2 semanas? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Tomou vacina nas últimas 2 semanas? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Fuma? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Consome bebida alcoólica com frequência? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Se respondeu sim a algum item, conte mais aqui

Medicamentos e alergias

Usa anticoagulante ou antiagregante (AAS, varfarina, clopidogrel)? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Usou isotretinoína oral nos últimos 6 meses? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Usa corticoide de forma contínua? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Usa anticoncepcional ou faz reposição hormonal? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Tem alergia a anestésico local (lidocaína e semelhantes)? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Tem alergia a látex? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Medicamentos de uso contínuo (quais e para quê)

Suplementos, vitaminas e fitoterápicos

Tem alergia a algum medicamento (antibiótico, anti-inflamatório, dipirona, anestésico, vitamina injetável ou outro)? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Quais medicamentos e qual foi a reação? (obrigatória)

Responda apenas se "Tem alergia a algum medicamento (antibiótico, anti-inflamatório, dipirona, anestésico, vitamina injetável ou outro)?" = Sim.

Já teve reação alérgica grave (anafilaxia), com falta de ar, inchaço de boca ou garganta ou desmaio, a qualquer substância? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Alergias a cosméticos, ativos ou alimentos

Procedimentos anteriores e implantes

Já realizou Toxina botulínica? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Quando, em qual região e com qual produto realizou Toxina botulínica?

Responda apenas se "Já realizou Toxina botulínica?" = Sim.

Já realizou Preenchimento com ácido hialurônico? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Quando, em qual região e com qual produto realizou Preenchimento com ácido hialurônico?

Responda apenas se "Já realizou Preenchimento com ácido hialurônico?" = Sim.

Já realizou Preenchedor PERMANENTE (PMMA, silicone líquido, bioplastia)? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Quando, em qual região e com qual produto realizou Preenchedor PERMANENTE (PMMA, silicone líquido, bioplastia)?

Responda apenas se "Já realizou Preenchedor PERMANENTE (PMMA, silicone líquido, bioplastia)?" = Sim.

Já realizou Bioestimulador de colágeno? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Quando, em qual região e com qual produto realizou Bioestimulador de colágeno?

Responda apenas se "Já realizou Bioestimulador de colágeno?" = Sim.

Já realizou Fios de sustentação (PDO e outros)? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Quando, em qual região e com qual produto realizou Fios de sustentação (PDO e outros)?

Responda apenas se "Já realizou Fios de sustentação (PDO e outros)?" = Sim.

Já realizou Microagulhamento? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Quando, em qual região e com qual produto realizou Microagulhamento?

Responda apenas se "Já realizou Microagulhamento?" = Sim.

Já realizou Peeling químico? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Quando, em qual região e com qual produto realizou Peeling químico?

Responda apenas se "Já realizou Peeling químico?" = Sim.

Já realizou Laser, luz pulsada ou radiofrequência? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Quando, em qual região e com qual produto realizou Laser, luz pulsada ou radiofrequência?

Responda apenas se "Já realizou Laser, luz pulsada ou radiofrequência?" = Sim.

Já realizou Cirurgia plástica facial? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Quando, em qual região e com qual produto realizou Cirurgia plástica facial?

Responda apenas se "Já realizou Cirurgia plástica facial?" = Sim.

Tem PMMA, silicone (líquido ou prótese) ou outro preenchedor, bioestimulador ou implante aplicado nos glúteos? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Qual produto, quando foi aplicado e por quem? Teve alguma reação? (obrigatória)

Responda apenas se "Tem PMMA, silicone (líquido ou prótese) ou outro preenchedor, bioestimulador ou implante aplicado nos glúteos?" = Sim.

Tem preenchedor permanente ou implante em outro local onde se aplicam injeções (braços ou coxas)? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Qual produto, em qual região e quando? (obrigatória)

Responda apenas se "Tem preenchedor permanente ou implante em outro local onde se aplicam injeções (braços ou coxas)?" = Sim.

Pele, cuidados e objetivo

Tipo de pele

☐ Oleosa ☐ Mista ☐ Seca ☐ Normal ☐ Sensível

Exposição ao sol no dia a dia

☐ Baixa ☐ Média ☐ Alta

Usa protetor solar todos os dias?

☐ Sim ☐ Às vezes ☐ Não

Rotina de cuidados atual (produtos que usa)

Queixa principal e o que você espera do atendimento (obrigatória)

Receita e medicamento

Nome do medicamento prescrito (como está na receita) (obrigatória)

Nome do profissional que prescreveu (obrigatória)

Conselho, número e estado do prescritor (ex.: CRM-MG 12345) (obrigatória)

Data da receita (obrigatória)

____ / ____ / ________

Para que foi prescrito? (obrigatória)

☐ Vitaminas, minerais ou outro injetável prescrito ☐ Medicamento de uso contínuo prescrito

☐ Reposição hormonal com diagnóstico de deficiência ☐ Outro tratamento indicado pelo prescritor

☐ Não sei informar

Faz acompanhamento com o prescritor e realizou exames nos últimos 6 meses? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

O medicamento foi comprado em farmácia, com nota fiscal, e está lacrado? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Segurança para a injeção

Já recebeu este medicamento por injeção antes? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Já teve reação, abscesso, tosse ou falta de ar após uma injeção intramuscular? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Costuma sentir tontura, mal-estar ou desmaiar com injeções, ao ver sangue ou em jejum? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Já teve trombose, embolia ou tem tendência a coágulos? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Tem ou teve câncer de mama, próstata, útero ou outro sensível a hormônios? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Quais dúvidas ou observações sobre esta aplicação você quer discutir antes de decidir?

Declaração e assinatura

Declaro que li este documento, que as respostas acima são verdadeiras e que comunicarei qualquer alteração antes do atendimento.

Assinatura da paciente

Local e data

Assinatura e carimbo da profissional

Data da revisão profissional

Modelo amj-termo-intramuscular-20261116 · versão para preenchimento em papel gerada a partir da biblioteca de documentos da clínica. A via assinada deve ser conferida e arquivada no prontuário.

Demonstração local com dados fictícios. Sem validade de documento clínico ou fiscal.