

TERMO DE CONSENTIMENTO

NEAUVIA STIMULATE



Orientações prévias:

- **leia** atentamente todo o conteúdo deste documento;
- **informe** todas as suas dúvidas ao médico;
- **assine** o termo somente após ter todas as dúvidas sanadas.

NOME MÉDICO	CRM
NOME PACIENTE	
IDADE PACIENTE	DATA PROCEDIMENTO
QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE	
OBSERVAÇÕES	

NEAUVIA STIMULATE é um hidrogel injetável de ácido hialurônico reticulado enriquecido com glicina, L-prolina e microesferas de hidroxiapatita de cálcio em solução de tampão de fosfato. O dispositivo é um hidrogel injetável estéril, apirogênico, isento de látex na formulação, de uso único e reticulado.

Tem como objetivo devolver o volume, a firmeza e o rejuvenescimento do rosto, além de estimular a produção de colágeno.

O efeito de reposição de volume e o lifting do rosto são imediatamente visíveis. O tratamento de ação dupla proporciona uma aparência jovem e natural à face. Além de minimizar rugas e marcas de expressão.

1. O PROCEDIMENTO ME FOI DETALHADAMENTE EXPLICADO PELA EQUIPE MÉDICA, POR ISSO ENTENDO QUE:

1.1



o tratamento poderá desencadear, precoce e/ou tardiamente: equimoses (roxos) no local na punctura (picada), hematomas (derrame de sangue), inchaços no local e regiões próximas, dor de cabeça, eventual endurecimento ou nódulos no ponto da injeção, bolhas, formação de cicatriz, parestesia (queimação, dormência), eritemas (vermelhidão na pele), nódulos ou granulomas;

1.2



cada organismo pode reagir de uma forma específica inclusive podendo desencadear infecções, obstrução vascular, oclusão arterial que em casos raros, pode levar à cegueira;

1.3



em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas, hipotensão, eritema, alteração da frequência cardíaca, dor torácica e desmaios por conta do anestésico tópico ou injetável, mesmo já tendo utilizado previamente.

acordo do paciente

2. PARA QUE O PROCEDIMENTO TENHA SEUS EFEITOS POTENCIALIZADOS, FOI-ME EXPLICADO QUE:

PARA REALIZAR O PROCEDIMENTO

não devo fazer uso de medicamentos como anticoagulantes, aspirina, anti-inflamatórios, Vitamina C e Ginkgo Biloba, no mínimo 48 horas antes e depois do procedimento. O uso de anticoagulantes deve ser informado com antecedência a realização do procedimento, podendo haver a necessidade de reorientar o uso da medicação, caso a caso;

2.1

devo comunicar a equipe médica sobre os procedimentos realizados anteriormente, sobretudo com preenchedores permanentes/não absorvíveis, como metacrilato, silicone, PMMA e hidrogel;

2.2

não devo estar em período gestacional, tampouco qualquer desconfiância de gravidez. Foi-me amplamente alertado que não é indicada a realização do procedimento durante a gravidez. Devo informar à equipe médica caso esteja em período de amamentação;

2.3

devo comunicar todos os tipos de alergias, principalmente a de picada de abelha ou vespa e alergia a anestésicos ou a preenchimentos anteriores;

2.4

devo comunicar as doenças pré-existentes, como as autoimunes, distúrbios de coagulação, e processos infecciosos recentes;

2.5

devo informar à equipe médica sobre o uso de drogas (orais ou por outra via), tabagismo e informações pertinentes à minha saúde.

2.6

APÓS REALIZAR O PROCEDIMENTO

não realizar procedimento na face até 30 (trinta) dias após o procedimento sem antes avaliar os riscos com a equipe médica;

2.7

não fazer atividade física ou sauna por 24 (vinte e quatro) horas após o tratamento;

2.8

manter a pele limpa, lavando o rosto 2 (duas) vezes ao dia com o produto específico para o seu tipo de pele ou sabonete neutro;

2.9

usar filtro solar conforme orientação médica;

2.10

não manipular a face, realizar massagem, drenagem, laser ou limpeza de pele no dia do procedimento;

2.11

não fazer procedimentos odontológicos nos próximos 15 (quinze) dias;

2.12

evitar exposição da área tratada ao calor ou frio extremo nos próximos 7 (sete) dias (saunas, piscinas aquecidas);

2.13

evitar contato direto e prolongado com animais de estimação;

2.14

caso faça uso de medicações de uso contínuo ou controladas seguir rigorosamente as orientações do médico prescritor;

2.15

aguardar o intervalo mínimo de 15 (quinze) dias antes e depois do procedimento, para realizar qualquer vacina;

2.16

usar apenas analgésicos simples, como paracetamol ou dipirona, se necessário, para alívio de dor leve. As dores intensas devem ser reportadas à equipe médica;

2.17

não utilizar maquiagem e cremes por, pelo menos, 4h após o procedimento.

2.18

acordo do paciente

3. FOI-ME EXPLICADO QUE:

3.1. o corpo humano é naturalmente assimétrico, portanto, o preenchimento poderá, apenas, minimizar as assimetrias;

3.2. cada organismo reage de forma específica e, por isso, **não é possível prever e/ou garantir o resultado.** A melhora proporcionada pelo procedimento injetável ocorrerá somente alguns dias e/ou semanas após a realização, a depender do organismo de cada paciente;

3.3. a duração do preenchimento depende das características de cada paciente, da quantidade do produto preenchido e do número de sessões realizadas pelo paciente. No entanto, o tempo médio de duração do procedimento poderá ser de 12 a 24 meses;

3.4. o efeito do tratamento poderá variar de acordo com os hábitos de vida de cada paciente tais como tabagismo, uso de medicamentos, alimentação, atividades físicas e perda e/ou ganho de peso.

acordo do paciente

4. DECLARO AINDA:

4.1



não estar em período gestacional ou de lactação, tampouco qualquer desconfiança de gravidez. Foi-me amplamente alertado que não é indicada a realização do procedimento durante a gravidez e/ou durante a amamentação;

4.2



que informei à médica, todos os medicamentos que uso ou usei recentemente, bem como aos quais tenho alergia, inclusive tipos de anestésicos.

acordo do paciente

5. ENTENDI E CONCORDEI QUE:



- 5.1. a médica ou a sua equipe, não podem garantir resultado específico através da medicina, pois cada paciente possui características distintas e cada organismo se comporta de maneira diferente quando submetido à procedimentos invasivos. Mas se comprometem a utilizar os meios técnicos e científicos disponíveis, para alcançar o resultado mais próximo possível do esperado;
- 5.2. o tabagismo, o uso de drogas e/ou álcool, ainda que não impeçam a realização do procedimento, podem desencadear complicações após realizado o procedimento. Entendi que a interrupção do uso do tabaco, de drogas e/ou álcool não cessam os malefícios do uso prévio, apenas reduzem a probabilidade de possíveis efeitos danosos;
- 5.3. posso adquirir reação alérgica à substância injetada e, em caso extremo, realizar a remoção do produto com hialuronidase e por todos os motivos acima especificados, eu autorizo a médica e sua equipe realizarem todos os procedimentos médicos necessários e indicados em eventuais intercorrências.

acordo do paciente



SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS:

Eu autorizo que a equipe médica utilize os meus registros (vídeos, som e imagem) para executar os procedimentos propostos, para fins de complementação documental do meu prontuário médico e discussão do caso clínico com outros colegas médicos. Fica explícito ainda, que o compartilhamento de imagens, tratamento de dados e outros, se dará somente entre a equipe multidisciplinar e médico assistente deste procedimento.

Durante a consulta e atendimento pela recepção houve a coleta de dados pessoais (CPF, Nome, Telefone, E-mail, Endereço e Informações sobre saúde e hábitos) para questões fiscais e condução médica adequada. Os dados serão armazenados e preservados por período indeterminado e compartilhados com terceiros, somente quando indispensável para a continuidade ou adequação do tratamento.

Os pacientes, a qualquer momento, poderão: (i) ter acesso às informações cadastradas, (ii) solicitar a atualização ou correção dos seus dados; (iii) solicitar a eliminação de dados que não impactem o histórico de atendimento médico bem como, a total ou parcial, revogação deste consentimento, **mediante termo de solicitação**, nos termos da Lei.

acordo do paciente

Declaro que li a integralidade do conteúdo deste termo, concomitante à explicação verbal da equipe médica e que tive a oportunidade de sanar toda e qualquer dúvida relativa ao procedimento ao qual, voluntariamente, irei me submeter. Assim, dou o meu consentimento à equipe médica para realizar os procedimentos necessários me comprometendo a seguir todas as orientações médicas.

Importante: em caso de dúvidas, esclarecimentos, desconfortos, ou efeitos não esperados recomenda-se o contato imediato com a equipe médica. A consulta de retorno deverá ser realizada em até 15 (quinze) dias do primeiro procedimento, sem exceção

_____, ____ de _____ de _____

Paciente:
CPF:

Dr.
CRM/