

# TERMO DE CONSENTIMENTO

## Ácido Poli-L-Láctico



### 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.

PROFISSIONAL	REGISTRO
NOME PACIENTE	
IDADE PACIENTE	DATA PROCEDIMENTO

O procedimento com Ácido Poli-L-Láctico me foi detalhadamente explicado pela equipe médica, por isso, entendi que:



**1.** O objetivo ativar a formação de colágeno, tratar e prevenir a flacidez e, em alguns casos, as rugas. O procedimento pode ser aplicado no rosto, pescoço, braços, abdômen, coxas e glúteos.



**2.** É indicado, de 1 (uma) a 3 (três) sessões, com intervalos médios de 30 (trinta) dias entre as sessões para verificar os resultados e conforme orientação médica. No entanto, não é possível garantir qualquer resultado.

### 3. A EQUIPE MÉDICA ME EXPLICOU QUE:

**3.1.** 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;

**3.2.** 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;

**3.3.** os resultados para bioestímulo de colágeno não são imediatos. Como todo tratamento que objetiva "estímulo de colágeno", a melhora pode levar meses para ser observada, e pode variar entre indivíduos, conforme a capacidade de cada um para produzir colágeno.

\_\_\_\_\_  
acordo do paciente

### 4. DECLARO:

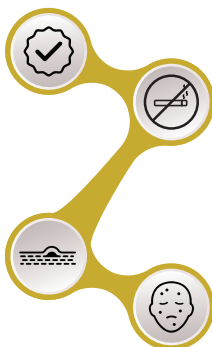
**4.1.** não estar em período gestacional, tampouco haver qualquer desconfinça de gravidez. Foi-me alertado que não é indicado a realização do procedimento durante a gravidez;

**4.2.** que informei ao médico assistente, todos os medicamentos que uso ou usei recentemente, bem como aos quais tenho alergia, inclusive, tipos de anestésicos.

## 5. ENTENDO E CONCORDO QUE:

**5.1.** a equipe médica **não pode garantir resultado específico** através da medicina, pois cada paciente possui características distintas e cada organismo se comporta de maneira diferente quando submetido a procedimentos como esses. Mas se compromete a utilizar os meios técnicos e científicos disponíveis, para alcançar o resultado mais próximo possível do esperado;

**5.3.** doenças autoimunes, como Lúpus e esclerodermia (enrijecimento crônico da pele e dos tecidos conjuntivos), podem apresentar piora ou reativação após procedimentos estéticos injetáveis. É fundamental a discussão com o médico assistente sobre riscos e benefícios do procedimento;



**5.2.** o tabagismo, o uso de drogas e/ou álcool, ainda que não impeçam a realização do procedimento, podem comprometer o resultado do tratamento médico. 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 interferir nos resultados;

**5.4.** posso adquirir reação alérgica à substância injetada e por todos os motivos acima especificados, eu autorizo a equipe médica realizar todos os procedimentos médicos necessários e indicados em eventuais intercorrências.

\_\_\_\_\_  
acordo do paciente

## 6. Para que o procedimento tenha seus efeitos potencializados, me foi explicado que:

### 6.1

A região deverá ser massageada pelo paciente para evitar a formação de granulomas;

### 6.2

não realizar procedimentos no local até 15 (quinze) dias após o procedimento sem antes ter avaliação médica;

### 6.3

não é necessário o uso de medicamentos antes ou após o procedimento. Caso faça uso de medicações de uso contínuo ou controladas como isotretinoína siga as orientações da equipe médica rigorosamente;

### 6.4

contatar a equipe médica sempre em caso de dúvidas ou qualquer sintoma descrito ou não neste termo.

\_\_\_\_\_  
acordo do paciente

## FOI-ME EXPLICADO QUE O CORPO HUMANO PODE TER VARIAÇÕES INDIVIDUAIS, POR ISSO, ENTENDI QUE:

7.1



podendo desencadear, precoce e/ou tardiamente: equimoses (roxos) no local da punctura (picada), pequenos hematomas, eventual endurecimento ou nódulos na área tratada, inchaços no local e regiões próximas e ainda dor no local;

7.2



cada organismo pode reagir de uma forma específica, inclusive após o procedimento poderá haver alteração de sensibilidade e/ou mobilidade nas áreas tratadas por período indeterminado;

7.3



intercorrências poderão acontecer, necessitando de tratamentos não inclusos nesse procedimento.

\_\_\_\_\_  
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 a 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.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Paciente:  
CPF:

\_\_\_\_\_  
PROFISSIONAL  
REGISTRO