

TERMO DE CONSENTIMENTO

ACCUTITE

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.

PROCEDIMENTO	REGISTRO
NOME PACIENTE	
IDADE PACIENTE	DATA PROCEDIMENTOS

O procedimento com Inmode Accutite me foi minuciosamente explicado pela equipe médica, por isso entendi que:

O tratamento envolverá a aplicação de calor no tecido adiposo (gordura) e derme usando radiofrequência para fins terapêuticos. O procedimento é realizado para tratar condições médicas como a flacidez e/ou adiposidade.

1. Para que o procedimento tenha seus efeitos otimizados, foi-me explicado que devo:

- | | |
|---|---|
| 1.1 realizar acompanhamento nutricional; | 1.2 evitar ingestão de bebida alcoólica; |
| 1.3 contatar a equipe médica sempre em caso de dúvidas ou qualquer sintoma descrito, ou não, neste termo. | 1.4 realizar atividade física e manter alimentação saudável de maneira regular; |

acordo do paciente

2. Foi-me orientado e estou ciente que:

2.1 > cada organismo reage de forma específica e, por isso, **não é possível prever e/ou garantir o resultado**. O resultado e a melhora proporcionada podem não ser totalmente aparente, mesmo que após 6 a 12 meses pós procedimento, o que varia de indivíduo para indivíduo;

2.2 > a equipe médica **não pode garantir resultado específico** através da medicina porque **cada paciente possui características distintas e cada organismo reage de maneira diferente** quando submetido a quaisquer procedimentos, seja invasivo ou não. No entanto, o médico e sua equipe se comprometem a utilizar os meios técnicos e científicos disponíveis para alcançar o resultado mais próximo possível do esperado;

2.3 > a não realização de atividade física e alimentação saudável compromete no resultado do tratamento;

2.4



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;

2.5



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;

acordo do paciente

3. Fui alertado que, o procedimento com radiofrequência poderá desencadear:

- 3.1. hematomas e/ou inchaços após o procedimento, no entanto, esses sintomas costumam atenuar-se em dias, semanas ou meses;
- 3.2. eritema (vermelhidão) de forma temporária na área tratada;
- 3.3. lesão nervosa (nos ramos nervosos facial e corporal), fraqueza nas áreas tratadas, hiperatividade (mudança temporária no sorriso ou em qualquer expressão facial) e dormência/formigamento, ambos de forma temporária;
- 3.4. cicatriz, de forma rara, principalmente nos casos em que a superfície da pele for rompida;
- 3.5. queimaduras, de forma incomum;
- 3.6. infecção, de forma rara, mas, caso ocorra, pode ser necessário tratamento com antibióticos e/ou intervenção cirúrgica. a infecção pode aumentar ainda mais o risco de cicatrizes. o cuidado adequado da ferida é importante na prevenção da infecção. se surgirem sinais de infecção como dor, calor, bolhas ou vermelhidão ao redor, entre em contato com o médico imediatamente.
- 3.7. desconforto durante e/ou após o tratamento;

acordo do paciente

4. Foi-me explicado que:

- 4.1 tatuagens, pintas e manchas na pele podem sofrer alteração da sensibilidade, dor, edema
| local, púrpura;
- 4.2 em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas;
|
- 4.3 o tratamento não poderá ser realizado em pele bronzada nas últimas quatro semanas.
|

acordo do paciente

5. Declaro ainda:

- 5.1 não estar em período gestacional ou de lactação, tampouco qualquer desconfiância de gravidez.
Foi-me amplamente alertado que não é indicada a realização do procedimento durante a gravidez e/ou durante a amamentação;
- 5.2 não utilizar prótese metálica na região tratada;
- 5.3 não estar realizando radioterapia ou quimioterapia;
- 5.4 não ter sintomas ou diagnóstico de doença autoimune como autoimune descompensada;
- 5.5 não ter hipertensão arterial descompensada;
- 5.6 que informei ao médico assistente, todos os medicamentos que uso ou usei recentemente, bem como aos quais tenho alergia, inclusive tipos de anestésicos;
- 5.7 que concordo com a administração de anestesia local e tumescente e entendo que todas as formas de anestesia envolvem riscos e possibilidade de complicações, lesões ou morte;
- 5.8 entender que o procedimento pode ser associado à lipoaspiração, caso a equipe médica julgue necessário fazê-lo. Entendo, ainda que podem ocorrer irregularidades na pele com qualquer tratamento de lipoaspiração.

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, para discussão do caso clínico com outros colegas médicos, para fins de pesquisa acadêmica, publicações em redes sociais, publicações acadêmicas, cursos, palestras e congressos médicos.

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:

Dr.