

# TERMO DE CONSENTIMENTO

## BIOESTIMULADORES DE COLÁGENO



### 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 PROCEDIMENTOS

O tratamento com **Bioestimulador de Colágeno** tem como objetivo ativar a formação de colágeno e, conseqüentemente, tratar e prevenir a flacidez da pele e, em alguns casos, até rugas e estrias. O procedimento pode ser realizado no rosto e corpo.



O produto consiste em microesferas de hidroxiapatita de cálcio suspensas em gel aquoso, composto por glicerina e carboximetilcelulose de sódio, ou composto por ácido poli-L-Láctico, carboximetilcelulose de sódio e manitol não pirogênico.

O número de sessões indicadas pela equipe médica é individual de cada paciente, em intervalos médios de 30 dias.

### 1. O TRATAMENTO ME FOI MINUCIOSA E ESPECIFICADAMENTE EXPLICADA PELA EQUIPE MÉDICA, POR ISSO ENTENDO QUE:

1.1



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

1.2



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;

1.3



cada organismo reage de forma distinta, e, por isso, **não é possível prever e/ou garantir o resultado específico**. No entanto, a equipe médica se compromete a utilizar os meios técnicos e científicos disponíveis, para alcançar o resultado mais próximo possível do esperado;

1.4



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

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

- 2.1. não tomar medicamentos como aspirina, anti-inflamatórios, anticoagulantes e ginkgo biloba 48h antes e depois do procedimento;
- 2.2. não me expor ao sol, pelo menos, 15 dias após realizado o procedimento;
- 2.3. não fazer procedimentos no dentista nos próximos 15 (quinze) dias;
- 2.4. não realizar procedimento com radiofrequência no local do tratamento;
- 2.5. não realizar procedimentos no local até 30 dias após o procedimento sem antes avaliar os riscos com a médica;
- 2.6. não fazer atividade física ou sauna por 24h após o tratamento;
- 2.7. não usar pulseiras ou anéis justos à pele até que o inchaço desapareça, no caso de aplicação no dorso das mãos;
- 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. após, aplicar apenas filtro solar conforme prescrição médica;
- 2.9. fazer uso de cosméticos e maquiagem apenas após 6 horas do tratamento;
- 2.10. evitar exposição da área tratada ao calor ou frio extremo;
- 2.11. evitar ambientes quentes como sauna e piscina aquecida nos próximos 7 (sete) dias;
- 2.12. evitar esforço físico por um período de 72 horas;
- 2.13. fazer massagens após aplicação, conforme orientações médicas;
- 2.14. seguir rigorosamente as orientações da equipe médica, caso faça uso de medicações de uso contínuo;
- 2.15. contatar a equipe médica sempre em caso de dúvidas ou qualquer sintoma descrito ou não neste termo.

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

## 3. FOI-ME ORIENTADO QUE:

- 3.1. é necessário o intervalo de 15 (quinze) dias antes e depois da aplicação de qualquer vacina para realizar o procedimento;
- 3.2. o corpo humano é naturalmente assimétrico, portanto, o preenchimento poderá, apenas, minimizar as assimetrias;
- 3.3. a melhora proporcionada pelo procedimento injetável ocorrerá somente semanas após a realização, em torno de 60% a 80% do resultado é visto 3 (três) a 4 (quatro) meses após o tratamento, a depender do organismo de cada paciente;
- 3.4. a duração do tratamento depende das características de cada paciente, da quantidade do produto utilizado e do número de sessões realizadas pelo paciente;
- 3.5. caso o efeito desejado não seja obtido, poderão ser necessários tratamentos adicionais, os quais serão cobrados.

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

#### 4. FOI-ME ORIENTADO QUE O CORPO HUMANO PODE TER VARIAÇÕES ANATÔMICAS:

4.1 >>

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

4.2 >>

inchaço e hematomas são normais após o procedimento, podendo durar de 7 (sete) dias a 14 (catorze) dias, nos casos de aplicação no dorso das mãos;

4.3 >>

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

4.4 >>

em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas, hipotensão, eritema, alteração da frequência cardíaca, dor torácica e desmaios, mesmo já o tendo utilizado previamente.

\_\_\_\_\_  
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. que informei à equipe médica, todos os medicamentos que uso ou usei recentemente, bem como aos quais tenho alergia, inclusive tipos de anestésicos;
- 5.3. nunca ter realizado a implantação de produto definitivo como PMMA, silicone, hidrogel e outros na área a ser tratada.



#### SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS:

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

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.

Também, autorizo, 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.

**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.  
CRM/