

TERMO DE CONSENTIMENTO

CADEIRA HIPEX™

Cod-28-2022



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 me foi explicado minuciosamente e especificadamente pela equipe médica, por isso entendo que:

A tecnologia da cadeira cria um campo magnético, capaz de promover a contração, involuntária, máxima das fibras musculares do assoalho pélvico. Sua utilização é indicada para tratamento de incontinência urinária, reforço da musculatura pélvica no pós-parto e, ainda, para tratamento do desconforto íntimo e, conseqüentemente, melhorar a libido.

1. Foi-me orientado que o corpo humano pode ter variações individuais, e por isso:

- 1.1 existem diferentes níveis de incontinência, nos casos leves a moderados o procedimento pode resolver os sintomas por completo, no entanto, nos casos graves, que necessitam de cirurgia, ele pode atuar de maneira complementar;
- 1.2 os efeitos colaterais deste procedimento incluem: inchaço, vermelhidão, hematomas, petéquias (pequenas manchas vermelhas), hematomas, dor, lesões na pele (especialmente após terapia prévia com cortisona).

acordo do paciente

2. ENTENDO E CONCORDO QUE:

- 2.1 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 a esse tipo de procedimento. Mas se comprometem a utilizar os meios técnicos e científicos disponíveis, para alcançar o resultado mais próximo possível do esperado;
- 2.2 o tabagismo, o uso de drogas e/ou álcool, ainda que não impeçam a realização do tratamento, podem comprometer o resultado do tratamento médico.

acordo do paciente

3. DECLARO AINDA:

- 3.1 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;
- 3.2 não faço uso de DIU como método anticoncepcional;
- 3.3 não possuir placas metálicas no quadril ou joelho.



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 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.