

TERMO DE CONSENTIMENTO

CRIOLIPÓLISE | COOLSCULPTING

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 minuciosa e especificadamente equipe médica, por isso entendo que:

Criolipólise/Coolsculpting tem como objetivo a redução de camadas de gordura em áreas de difícil perda (localizada) como abdômen, braços, flancos, região interna das coxas, culotes, costas e papada.

O frio controlado vai danificando seletivamente as células adiposas, que são mais sensíveis à baixa temperatura, sem causar danos aos nervos, músculos e outras estruturas próximas.

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

- 1.1 evitar exposição da área tratada ao calor ou frio extremo;
- 1.2 não se submeter à exposição solar antes ou após o procedimento. A exposição solar poderá desencadear manchas irreversíveis na pele;
- 1.3 evitar atividade física ou muito esforço até 48h após realizado o procedimento;
- 1.4 contatar a equipe médica sempre em caso de dúvidas ou qualquer sintoma descrito ou não neste termo.
- 1.5 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 médica rigorosamente;

acordo do paciente

3. ENTENDO E CONCORDO QUE:

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

- 3.1.** a melhora proporcionada pelo procedimento ocorrerá somente após um número mínimo de sessões, a depender do organismo de cada paciente;
- 3.2.** o resultado do procedimento depende das características de cada indivíduo e do número de sessões realizadas pelo paciente, que será determinado pelo médico ao longo do tratamento;
- 3.3.** 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;
- 3.4.** o tratamento poderá desencadear, precoce e/ou tardiamente: eritema (vermelhidão) e edema local (roxo);
- 3.5.** em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas.

acordo do paciente

4. DECLARO AINDA:

4.1. não estar em período gestacional, 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 ao médico assistente, todos os medicamentos que uso ou usei recentemente, bem como aos quais tenho alergia, inclusive, tipos de anestésicos.

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:

Dr.