

TERMO DE CONSENTIMENTO

ELLANSÉ®



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 PROCEDIMENTO
QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE	
OBSERVAÇÕES	

O tratamento com Ellansé, me foi minuciosa e especificadamente explicado pela equipe médica, por isso, entendi que:

Trata-se de um preenchimento de ácido não hialurônico o qual é injetado na pele com o propósito de regenerar, esculpir e levantar o volume perdido com o envelhecimento, também pode ser utilizado para bioestimulação da pele, readequação de volumes e preenchimentos de sulcos faciais.

Seus principais componentes são microesferas de poli-caprolactona (PCL) – um polímero médico macio bio-reabsorvível o qual é suspenso em um gel transportador feito de carboximetilcelulose (CMC). Assim que injetado na pele, Ellansé reverte o envelhecimento da pele em duas etapas:

- O gel carboximetilcelulose oferece resultados imediatos de levantamento, porém o gel dura apenas cerca de 12 semanas.
- Ao mesmo tempo, as microesferas de poli-caprolactona estimulam a pele para a produção de colágeno. Este, por sua vez, leva em torno de 12 semanas para dar o resultado final.

1. A EQUIPE MÉDICA ME DEIXOU CLARO QUE:

1.1



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

1.2



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;

1.3



em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas, hipotensão, eritema, alteração da frequência cardíaca, dor torácica e desmaios por conta do anestésico tópico ou injetável, mesmo já tendo utilizado previamente.

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

- 2.1. o preenchimento poderá, apenas, minimizar as assimetrias;
- 2.2. 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;
- 2.3. a duração do preenchimento depende das características de cada paciente, da quantidade do produto preenchido e do número de sessões realizadas pelo paciente;
- 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.

acordo do paciente

3. DECLARO AINDA:

- 3.1. não estar em período gestacional ou de lactação, 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;
- 3.2. 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

4. ENTENDO E CONCORDO QUE:

- 4.1 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 invasivos. No entanto, se comprometem a utilizar os meios técnicos e científicos disponíveis, para alcançar o resultado mais próximo possível do esperado;
- 4.2 **o tabagismo, o uso de drogas e/ou álcool, ainda que não impeçam a realização do procedimento,** podem desencadear complicações após realizado o procedimento. 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 possíveis efeitos danosos;

acordo do paciente

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

- | | |
|---|--|
| 5.1 não tomar medicamentos como aspirina, anti-inflamatórios, anticoagulantes, Vitamina C e Ginko Biloba 48h antes e depois do procedimento; | 5.2 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; |
| 5.3 não usar maquiagem e cremes no dia do tratamento; | 5.4 aplicar apenas filtro solar conforme prescrição médica; |
| 5.5 não manipular o local. Não realizar nenhum tipo de massagem, drenagem, laser ou limpeza de pele no dia do procedimento; | 5.6 não realizar procedimentos no local até 30 dias após o procedimento sem antes avaliar os riscos com o médico; |
| 5.7 não fazer procedimentos no dentista nos próximos 15 (quinze) dias; | 5.8 evitar exposição da área tratada ao calor ou frio extremo; |
| 5.9 não se expor ao sol, pelo menos, 15 (quinze) dias após realizado o procedimento; | 5.10 não fazer uso de medicamentos antes ou após o procedimento devido a falta de necessidade do uso destes e, caso faça uso de medicações de uso contínuo ou controladas, como isotretinoína, seguir as orientações médicas rigorosamente; |
| 5.11 não fazer atividade física ou sauna por 24h após o tratamento; | 5.12 não realizar radiofrequência no local do tratamento; |
| 5.13 contatar a equipe médica sempre em caso de dúvidas ou qualquer sintoma descrito ou não neste termo. | |



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 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.
CRM/