

TERMO DE CONSENTIMENTO

EMSCULPT



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 PROCEDIMENTOS
QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE	
OBSERVAÇÕES	

1. O PROCEDIMENTO FIOS DE PDO, ME FOI MINUCIOSA E ESPECIFICADAMENTE EXPLICADA PELA EQUIPE MÉDICA, POR ISSO ENTENDO QUE:

1.1



O Emsculpt é um tratamento realizado através da tecnologia High Intensity Focused Eletromagnetic (HIFEM) com a emissão de um campo eletromagnético que provoca contrações musculares alcançando o maior número de músculos possível.

1.2



O campo eletromagnético focalizado, passa por todas as camadas da pele e da gordura, estimulando diretamente o músculo por meio de contrações contínuas e intensas, que proporcionam o crescimento muscular e induzem a redução de gordura. O procedimento gera um intenso campo eletromagnético, que provoca contrações musculares involuntárias, desencadeando a liberação de ácidos graxos livres, que quebram os depósitos de gordura e aumentam o tônus e a força muscular.

1.3



O objetivo do tratamento é o desenvolvimento muscular e a queima de gorduras abdominais. O aparelho pode ser utilizado para trabalhar os bíceps, tríceps, panturrilhas e glúteos.

acordo do paciente

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

- 2.1 Seguir rigorosamente as orientações da equipe médica caso faça uso de medicações de uso contínuo ou controladas como isotretinoína;
- 2.2 Contatar a equipe médica sempre em caso de dúvidas ou qualquer sintoma descrito ou não neste termo;

acordo do paciente

3. Foi-me explicado que:

- 3.1 a realização do procedimento pode ocasionar tardia ou imediatamente dor muscular, diminuição da gordura intramuscular, espasmo muscular temporário, dor temporária na articulação ou tendão, eritema ou vermelhidão no local, aumento do fluxo menstrual em pacientes femininos e paniculite (inflamação da camada de gordura).
- 3.2 cada organismo reage de forma específica e, por isso, não é possível prever e/ou garantir um determinado resultado. A melhora proporcionada pelo tratamento ocorrerá gradualmente, a depender do organismo de cada paciente;
- 3.3 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;
- 3.4 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

4. DECLARO AINDA:

- 4.1. 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;
- 4.2. que informei à equipe médica caso possua implante metálico ou eletrônico, pois me foi amplamente alertado que não é indicada a realização do procedimento durante a utilização de marcapasso, desfibriladores, DIU de cobre e de prata ou outros;
- 4.2. que informei à equipe médica, todos os medicamentos que uso ou usei recentemente, bem como aos quais tenho alergia, inclusive tipos de anestésicos.

acordo do paciente

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

- 5.1.** 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. Mas se comprometem a utilizar os meios técnicos e científicos disponíveis, para alcançar o resultado mais próximo possível do esperado;
- 5.2.** 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

POR FAVOR, RESPONDA SE VOCÊ TEM, OU SE JÁ TEVE ALGUM DESSES ITENS ABAIXO:

	SIM	NÃO
• Implante metálico ou eletrônico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Marcapassos, Desfibriladores, implantes neuro estimuladores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bombas de medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Insuficiência Pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tumor maligno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Lesões musculares ou qualquer outra disfunção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Doenças cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Distúrbio de temperatura ou de sensação de dor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Condições hemorrágicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Condições Sépticas ou empiema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Inflamações Agudas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Infecção sistêmica ou local como osteomielite e tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Doença de pele contagiosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Temperatura do corpo elevada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gravidez, período de pós parto, amamentação, menstruada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Doença de Basedow	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diu de cobre ou prata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cirurgias recentes (a contração muscular pode interromper a cicatrização)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Áreas da pele com perda de sensibilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se você respondeu SIM para qualquer questão acima, por favor especifique abaixo:



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.

acordo do paciente

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.