

TERMO DE CONSENTIMENTO

TRATAMENTO COM ENZIMAS

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.

NOME MÉDICO	CRM
NOME PACIENTE	
IDADE PACIENTE	DATA PROCEDIMENTO
QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE	
OBSERVAÇÕES	

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

O procedimento com Enzimas é um método que consiste na aplicação de enzimas no corpo do paciente através de injeções com substâncias medicamentosas, a fim de auxiliar na absorção de gordura.

O tratamento é realizado em forma de sessões e é indicado para pacientes que possuam gordura localizada, flacidez, celulite e estrias.

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

- 1.1 usar tecidos leves e folgados nos locais de aplicação das substâncias medicamentosas;
- 1.2 não usar maquiagem e cremes no dia do tratamento;
- 1.3 aplicar apenas filtro solar;
- 1.4 não manipular o local injetado. Não realizar nenhum tipo de massagem, drenagem, laser ou limpeza de pele no dia do procedimento;
- 1.5 evitar exposição da área tratada ao calor ou frio extremo;
- 1.6 seguir rigorosamente as orientações da equipe médica caso faça uso de medicações de uso contínuo ou controladas como isotretinoína;
- 1.7 não fazer atividade física ou sauna por 24h após o tratamento;
- 1.8 não realizar radiofrequência no local do tratamento;
- 1.9 contatar a equipe médica sempre em caso de dúvidas ou qualquer sintoma descrito ou não neste termo.

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 à procedimentos invasivos. 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 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;
- 2.3 posso adquirir reação alérgica à substância injetada e, em caso extremo, realizar a remoção do produto e por todos os motivos acima especificados, eu autorizo a médica e sua equipe realizarem todos os procedimentos médicos necessários e indicados em eventuais intercorrências.

acordo do paciente

3. FOI-ME EXPLICADO QUE:

- 3.1 o tratamento com Enzimas poderá desencadear, precoce e/ou tardiamente: equimoses (roxos) no local na punctura (picada), hematomas (derrame de sangue), inchaços no local e regiões próximas, sensação de crepitação e formigamento local, sensação de peso onde aplicado o produto, eritema, aquecimento e ardência;
- 3.2 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 o utilizado previamente;
- 3.3 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;
- 3.4 a duração do resultado do tratamento depende das características de cada paciente, da quantidade do produto injetado e do número de sessões realizadas pelo paciente;
- 3.5 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, 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 ao médico assistente, todos os medicamentos que uso ou usei recentemente, bem como aos quais tenho alergia, inclusive, tipos de anestésicos;
- 4.3 que relatei à equipe médica se sou portador de doenças autoimune ou crônicas.



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 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.
CRM/