

# TERMO DE CONSENTIMENTO

## ESVAZIADOR - EMPTIERS



### 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 PROCEDIMENTOS
QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE	
OBSERVAÇÕES	

O procedimento de esvaziador de gordura me foi detalhadamente explicado pela equipe médica, por isso, entendi que: é um procedimento, minimamente invasivo, que consiste na infiltração de compostos biodegradáveis na derme ou no tecido subcutâneo (camada profunda da pele) com o objetivo de **reduzir a flacidez, celulite, estrias, medidas e gordura localizada, bem como favorecer o rejuvenescimento da pele.**

### 1. FOI-ME EXPLICADO QUE:

1.1



**cada organismo reage de forma específica** e, por isso, **não é possível prever e/ou garantir o resultado** final quando submetido a procedimentos invasivos, mas o médico e sua equipe se comprometem a utilizar os meios técnicos e científicos disponíveis para alcançar o resultado mais próximo possível do esperado;

1.2



o resultado do procedimento depende das características de cada indivíduo e do número de sessões realizadas pelo paciente;

1.3



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. No entanto, ainda que não impeçam a realização do procedimento, podem comprometer o resultado do tratamento médico;

\_\_\_\_\_  
acordo do paciente

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

- 2.1 não tomar medicamentos como aspirina, anti-inflamatorios, anticoagulantes, Ginkgo Biloba 48 horas antes e depois do procedimento;
- 2.2 evitar exposição da área tratada ao calor ou frio extremo no dia do tratamento;
- 2.3 evitar exposição solar nos primeiros 30 (trinta) dias;
- 2.4 evitar ambientes quentes como sauna e piscina aquecida nos próximos 7 (sete) dias;
- 2.5 não realizar tratamentos capilares nos primeiros 7 (sete) dias após o procedimento;
- 2.6 caso faça uso de medicações controladas, como isotretinoína, siga rigorosamente as instruções;
- 2.7 contatar a equipe médica em caso de dúvidas ou qualquer sintoma descrito, ou não, neste termo.

\_\_\_\_\_  
acordo do paciente

## 3. FOI-ME ORIENTADO QUE:

- 3.1. o tratamento poderá desencadear, precoce e/ou tardiamente: equimoses (roxos), hematomas (derrame de sangue), inchaço no local e regiões próximas, dor de cabeça, parestesia (queimação, dormência), eritemas (vermelhidão na pele), coceira, púrpura e descamação;
- 3.2. em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas à substância, mesmo já tendo utilizado previamente;
- 3.3. 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

#### 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, todos os medicamentos que uso ou usei recentemente, bem como  
| aos quais tenho alergia, inclusive tipos de anestésicos;
- 4.1. que informei à médica sobre o uso de drogas (orais ou por outra via), alergias, tabagismo, e outras informações pertinentes à minha saúde.

\_\_\_\_\_  
acordo do paciente

#### 5. ENTENDO E CONCORDO QUE:

- 5.1. pessoas com problemas cardíacos, sensíveis ou alérgicos a fármacos, com hipertensão arterial descompensada, insuficiência renal crônica, diabetes não controlada e patologias hepáticas não devem submeter-se ao procedimento;
- 5.2. não poderei me submeter ao procedimento se eu tiver qualquer suspeita ou diagnóstico de doença autoimune.

\_\_\_\_\_  
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.  
CRM/