

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

FIOS APTOS



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 PACIENTE

CPF

IDADE PACIENTE

DATA PROCEDIMENTO

QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE

OBSERVAÇÕES MÉDICAS

O procedimento de **firos de sustentação APTOS** tem o objetivo de levantar a pele facial. Os fios são absorvíveis, e desenvolvidos com polipropileno biodegradáveis, material biocompatível e absorvível.

Ao serem aplicados sob a pele, fazem tração causando efeito *lifting* (de sustentação da pele). O resultado é temporário, ou seja, os fios serão absorvidos com o tempo e a pele vai retomando o aspecto original. Não é possível prever o tempo de absorção.

Além da função de tracionar a pele, os fios também têm a função de estimular a produção de colágeno melhorando a vitalidade e firmeza da pele.

1. O PROCEDIMENTO COM FIOS, ME FOI MINUCIOSA E ESPECIFICAMENTE EXPLICADO PELA EQUIPE MÉDICA, POR ISSO ENTENDO QUE:

- 1.1. o tratamento 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;
- 1.3. reações alérgicas, hipotensão, eritemas (vermelhidão na pele), alterações da frequência cardíaca, arritmias, dor torácica e desmaios por conta do anestésico tópico ou injetável, mesmo já tendo utilizado previamente.
- 1.4. o corpo humano é naturalmente assimétrico, portanto, o procedimento poderá, apenas, minimizar a flacidez

- 1.5. cada organismo reage de forma específica e, por isso, não é possível prever e/ou garantir o resultado. A melhora proporcionada pelo procedimento ocorrerá alguns dias e/ou semanas após a realização, a depender do organismo de cada paciente;
- 1.6. a ação dos fios dura, em média, 24 (vinte e quatro) meses e depende das características de cada paciente, da quantidade de fios utilizada pelo paciente e da região aplicada;
- 1.7. 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;
- 1.8. os fios diminuirão seus efeitos gradativamente ao longo do tempo até que não tenha mais nenhum efeito.

acordo do paciente



2. DECLARO QUE:

- 2.1. não estou 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;
- 2.2. 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

3. Entendo e concordo que:

- 3.1 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;
- 3.2 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

4. ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS PROCEDIMENTO:

- 4.1 > não se submeter à exposição solar antes ou após o procedimento. A exposição solar poderá desencadear manchas irreversíveis na pele;
- 4.2 > evitar massagens, pressão e procedimentos estéticos no local de aplicação dos fios até 5 dias após realizado o procedimento;
- 4.3 > evitar atividade física ou muito esforço até 24h após realizado o procedimento;
- 4.4 > 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;
- 4.5 > contatar a equipe médica sempre em caso de dúvidas ou qualquer sintoma descrito ou não neste termo.

acordo do paciente



SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS:

Eu autorizo que a 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, cursos, palestras e congressos médicos necessários.

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:

Dra.
CRM/____