

# TERMO DE CONSENTIMENTO

## FIOS DE PDO



### 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	

O procedimento de fios de sustentação funciona como um facelifting. Os fios absorvíveis “puxam” os tecidos da face e pescoço com objetivo de corrigir a flacidez da região.

Além da função de suspender os tecidos caídos, os fios também têm a função de estimular a produção de colágeno, a depender do tipo do fio utilizado.

### 1. O PROCEDIMENTO FIOS DE PDO, ME FOI MINUCIOSA E ESPECIFICADAMENTE EXPLICADA 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



em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver 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 AINDA:

- 2.1. 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;
- 2.2. 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

## 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. utilizar compressas de gelo conforme orientação da médica;
- 4.2. não se submeter à exposição solar antes ou após o procedimento. A exposição solar poderá desencadear manchas irreversíveis na pele;
- 4.3. evitar massagens, pressão e procedimentos estéticos no local de aplicação dos fios até 5 dias após realizado o procedimento;

- 4.4. evitar atividade física ou muito esforço até 24h após realizado o procedimento;
- 4.5. 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;
- 4.6. 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:

\_\_\_\_\_  
PROFISSIONAL  
REGISTRO