

TERMO DE CONSENTIMENTO

FIOS DE SUSTENTAÇÃO



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 fios de sustentação funciona com o objetivo de melhorar a flacidez e conferir um efeito de compactação da pele, deixando-a mais firme e reposicionada, gerando um certo grau de lifting. Os fios de tração absorvíveis, os quais “puxam” os tecidos da face, pescoço e corpo em geral, tem como objetivo a melhora da flacidez da região e compactado das camadas da pele.

Os fios lisos/parafusos funcionam com o objetivo de melhorar a flacidez e conferir um efeito de compactação da pele.

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

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

1.1



o tratamento poderá desencadear, precoce e/ou tardiamente: extrusão, 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 ou no trajeto do fio, bolhas, formação de cicatriz, parestesia (queimação, dormência), eritemas (vermelhidão na pele) e 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.

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

- | | |
|--|--|
| 2.1. dormir de barriga para cima durante 5 dias;
 | 2.2. evitar pegar peso, fazer caretas, sorrisos
 largos nos primeiros 15 dias; |
| 2.3. evitar academia nos primeiros 7 dias,
 exercícios de impacto devem ser evitados
 nos primeiros 15 dias; | 2.4. evitar mastigar alimentos sólidos e
 duros nos primeiros 15 dias; |
| 2.5. evitar tratamentos dentários nos
 primeiros 30 dias; | 2.6. não realizar massagens no local dos fios;
 |
| 2.7. não realizar outros tratamentos como lasers
 sobre os fios nos primeiros 6 meses; | 2.8. contatar a equipe médica sempre em
 caso de dúvidas ou qualquer sintoma
 descrito, ou não, neste termo. |

acordo do paciente

3. FOI-ME ORIENTADO QUE:

- 3.1. o corpo humano é naturalmente assimétrico, portanto, o procedimento poderá, apenas, minimizar assimetrias e a flacidez;
- 3.2. a ação dos fios dura, em média, 12 a 24 (vinte e quatro) meses e depende das características de cada paciente, da quantidade de fios utilizada pelo paciente e da região aplicada;
- 3.3. 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;
- 3.4. a melhora proporcionada pelo procedimento ocorrerá somente semanas após a realização, em torno de 60% a 80% do resultado é visto 3 a 6 meses após o tratamento, a depender do organismo de cada paciente;
- 3.5. a duração do tratamento depende das características de cada paciente, da quantidade utilizado e do número de sessões realizadas pelo paciente;
- 3.6. os fios diminuirão seus efeitos gradativamente ao longo do tempo até que não tenha mais nenhum efeito;
- 3.7. cada organismo reage de forma distinta, e, por isso, não é possível prever e/ou garantir o resultado específico. No entanto, a equipe médica se compromete a utilizar os meios técnicos e científicos disponíveis, para alcançar o resultado mais próximo possível do esperado;
- 3.8. caso o efeito desejado não seja obtido, pode se fazer necessário a realização de tratamentos adicionais, os quais, serão cobrados.

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;

acordo do paciente

5. ENTENDO E CONCORDO QUE:

- 5.1. 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;
- 5.2. **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



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/