

TERMO DE CONSENTIMENTO

APLICAÇÃO DE HIALURONIDASE



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 PROCEDIMENTO
QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE	
OBSERVAÇÕES	



A aplicação de **Hialuronidase** me foi detalhadamente explicada pela equipe médica, por isso, entendi que:



1. A Hialuronidase é uma **PROTEÍNA ANIMAL** que propõe interromper a ação do ácido hialurônico existente ao redor das células do tecido conjuntivo. Dessa forma, promove a degradação do AH injetado, nos casos de complicações, reações adversas ou insatisfações como forma de tratamento, com decorrente melhora.



2. A degradação do produto pode variar de acordo com a marca do preenchedor e da hialuronidase utilizadas, não dependem do profissional injetor.

3.

PARA QUE O PROCEDIMENTO TENHA SEUS EFEITOS OTIMIZADOS, FUI ORIENTADO A:



3.1

utilizar filtro solar conforme prescrição médica;

3.2

não é necessário o uso de medicamentos antes ou após o procedimento. Caso faça uso de medicações de uso contínuo ou controladas, siga rigorosamente as orientações médicas;

3.3

contatar a equipe médica sempre em caso de dúvidas ou qualquer sintoma descrito, ou não, neste termo.

acordo do paciente

4. FOI-ME EXPLICADO QUE O CORPO HUMANO PODE TER VARIAÇÕES INDIVIDUAIS, POR ISSO, ENTENDI QUE:

4.1 >>>

o tabagismo, o uso de drogas e/ou álcool, ainda que não impeçam a realização do procedimento, podem comprometer o resultado do tratamento médico;

4.2 >>>

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;

4.3 >>>

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;

4.4 >>>

Caso o efeito desejado não seja plenamente alcançado com a aplicação realizada, poderão ser necessários tratamentos complementares ou sessões adicionais, os quais serão devidamente informados e cobrados à parte.

acordo do paciente

na dermatologia a substância é utilizada de forma off-label (aquele cuja indicação do profissional assistente diverge do que consta na bula);

5.1

5. A EQUIPE MÉDICA ME EXPLICOU QUE:

5.5

há risco de serem desenvolvidas alterações pigmentares (manchas claras ou escuras) temporárias ou permanentes na pele.

a remoção do preenchimento com Ácido Hialurônico é devida quando o preenchimento desencadeou efeitos não esperados pelo paciente;

5.2

5.4

em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas;

5.3

os efeitos não esperados podem ser oriundos da reação natural do organismo do paciente ou ainda por problemas no lote do produto fornecido pelo fabricante;

acordo do paciente



6. DECLARO AINDA:

- 6.1. não estar em período gestacional, tampouco qualquer desconfiança de gravidez. Foi-me amplamente alertado que não é indicada a realização do procedimento durante a gravidez;
- 6.2. que informei à médica assistente, todos os medicamentos que uso ou usei recentemente, bem como aos quais tenho alergia, inclusive tipos de anestésicos;
- 6.3. que informei à equipe médica sobre o uso de drogas (orais ou por outra via), alergias, tabagismo e outras informações pertinentes à minha saúde;
- 6.4. que informei à equipe médica não possuir alergia à picada de abelha e/ou vespa;
- 6.5. não ter realizado, anteriormente, a implantação de produto definitivo como PMMA, silicone, hidrogel ou outros na área a ser tratada.

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. A consulta de retorno deverá ser realizada em até 15 (quinze) dias do primeiro procedimento, sem exceção.

_____, ____ de _____ de _____

Paciente:
CPF:

PROFISSIONAL
REGISTRO