

TERMO DE CONSENTIMENTO

Hidroxiapatita de Cálcio



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 tratamento com **Hidroxiapatita de Cálcio** tem como objetivo ativar a formação de colágeno e, conseqüentemente, rejuvenescer, tratar e prevenir a flacidez da pele e, em alguns casos, até rugas e estrias. O procedimento pode ser aplicado no rosto e corpo.

O produto consiste em microesferas de hidroxiapatita de cálcio suspensas em gel aquoso, composto por glicerina e carboximetilcelulose de sódio.

O número de sessões indicadas pela médica é individual de cada paciente, em intervalos médios de 30 dias.

1. O TRATAMENTO COM HIDROXIAPATITA DE CÁLCIO, ME FOI MINUCIOSA E ESPECIFICADAMENTE EXPLICADA PELA EQUIPE MÉDICA, POR ISSO ENTENDO QUE:

1.1



o efeito do tratamento poderá variar de acordo com os hábitos de vida de cada paciente tais como tabagismo, uso de medicamentos, o uso de drogas e/ou álcool, alimentação, atividades físicas e perda e/ou ganho de peso;

1.2



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;

1.3



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;

1.4



posso adquirir reação alérgica à substância injetada e por todos os motivos acima especificados, eu autorizo a equipe médica realizarem todos os procedimentos médicos necessários e indicados em eventuais intercorrências.

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

- 2.1. não tomar medicamentos como aspirina, anti-inflamatórios, anticoagulantes e ginkgo biloba 48h antes e depois do procedimento;
- 2.2. não me expor ao sol, pelo menos, 15 dias após realizado o procedimento;
- 2.3. não fazer procedimentos no dentista nos próximos 15 (quinze) dias;
- 2.4. não realizar procedimento com radiofrequência no local do tratamento;
- 2.5. não realizar procedimentos no local até 30 dias após o procedimento sem antes avaliar os riscos com a médica;
- 2.6. não fazer atividade física ou sauna por 24h após o tratamento;
- 2.7. não usar pulseiras ou anéis justos à pele até que o inchaço desapareça, no caso de aplicação no dorso das mãos;
- 2.8. manter a pele limpa, lavando o rosto 2 (duas) vezes ao dia com o produto específico para o seu tipo de pele ou sabonete neutro. após, aplicar apenas filtro solar conforme prescrição médica;
- 2.9. fazer uso de cosméticos e maquiagem apenas após 6 horas do tratamento;
- 2.10. evitar exposição da área tratada ao calor ou frio extremo;
- 2.11. evitar ambientes quentes como sauna e piscina aquecida nos próximos 7 (sete) dias;
- 2.12. evitar esforço físico por um período de 72 horas;
- 2.13. fazer massagens após aplicação, conforme orientações médicas;
- 2.14. seguir rigorosamente as orientações da equipe médica, caso faça uso de medicações de uso contínuo;
- 2.15. 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. é necessário o intervalo de 15 (quinze) dias antes e depois da aplicação de qualquer vacina para realizar o procedimento;
- 3.2. o corpo humano é naturalmente assimétrico, portanto, o preenchimento poderá, apenas, minimizar as assimetrias;
- 3.3. a melhora proporcionada pelo procedimento injetável ocorrerá somente semanas após a realização, em torno de 60% a 80% do resultado é visto 3 (três) a 4 (quatro) meses após o tratamento, a depender do organismo de cada paciente;
- 3.4. a duração do tratamento depende das características de cada paciente, da quantidade do produto utilizado e do número de sessões realizadas pelo paciente;
- 3.5. caso o efeito desejado não seja obtido, poderão ser necessários tratamentos adicionais, os quais serão cobrados.

acordo do paciente

4. FOI-ME ORIENTADO QUE O CORPO HUMANO PODE TER VARIAÇÕES ANATÔMICAS:

4.1 >>

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 na área tratada, bolhas, formação de cicatriz, parestesia (queimação, dormência), eritemas (vermelhidão na pele), nódulos ou granulomas;

4.2 >>

inchaço e hematomas são normais após o procedimento, podendo durar de 7 (sete) dias a 14 (catorze) dias, nos casos de aplicação no dorso das mãos;

4.3 >>

cada organismo pode reagir de uma forma específica inclusive podendo desencadear infecções, obstrução vascular, reativação de herpes, oclusão arterial que em casos raros, pode levar à cegueira;

4.4 >>

em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas, hipotensão, eritema, alteração da frequência cardíaca, dor torácica e desmaios, mesmo já o tendo utilizado previamente.

acordo do paciente

5. DECLARO AINDA:

- 5.1. 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;
- 5.2. que informei à equipe médica, todos os medicamentos que uso ou usei recentemente, bem como aos quais tenho alergia, inclusive tipos de anestésicos;
- 5.3. nunca ter realizado a implantação de produto definitivo como PMMA, silicone, hidrogel e outros na área a ser tratada.



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