

TERMO DE CONSENTIMENTO INTRADERMOTERAPIA CORPORAL

Cod-28-2022



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 PROCEDIMENTO

O procedimento de **Mesoterapia Corporal ou Intradermoterapia Corporal** consiste na infiltração de compostos vitamínicos biodegradáveis na derme, ou no tecido subcutâneo (camada profunda da pele) com objetivo de reduzir a flacidez, celulites e gordura localizada e alopecias.

São aplicadas micro injeções com solução que pode conter aminoácidos, vitaminas, anestésicos, nutrientes ou enzimas de plantas e substâncias lipolíticas e eutróficas. Por isso é importante comunicar sempre ao médico sobre eventuais sensibilidades ou alergias.

1. O PROCEDIMENTO ME FOI DETALHADAMENTE EXPLICADO PELA EQUIPE MÉDICA, POR ISSO ENTENDO QUE:

- 1.1 > cada organismo reage de forma específica e, por isso, não é possível prever e/ou garantir o resultado;
- 1.2 > o resultado do procedimento depende das características de cada indivíduo e do número de sessões realizadas pelo paciente;
- 1.3 > 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.

acordo do paciente

2. DECLARO AINDA

- 2.1 não estar em período gestacional, 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 ao médico assistente, 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 médica ou a sua equipe, **não podem garantir resultado específico** através da medicina, pois cada paciente possui características distintas e cada organismo se comporta de maneira diferente quando submetido a esse tipo de procedimento. Mas 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. Para que o procedimento tenha seus efeitos potencializados, me foi explicado que:

- 4.1** não devo tomar medicamentos como aspirina, anti-inflamatórios, anticoagulantes, Vitamina C e Ginkgo Biloba 48 horas antes e depois do procedimento. Converse com o seu médico de seguimento e com o (a) médico (a) responsável pelo seu procedimento para avaliação dos riscos;
- 4.2** 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;
- 4.3** devo evitar exposição solar nos primeiros 10 dias;
- 4.4** não devo realizar tratamentos capilares (corte, tintura, penteados) nos 7 dias após o procedimento;
- 4.5** devo evitar exposição da área tratada ao calor ou frio extremo no dia do tratamento;
- 4.6** devo contatar a equipe médica sempre em caso de dúvidas ou qualquer sintoma descrito ou não neste termo.

acordo do paciente

5. Foi-me orientado que o corpo humano pode ter variações anatômicas, e por isso:

- 5.1** o tratamento de mesoterapia poderá desencadear, precoce e/ou tardiamente: equimoses (roxos), hematomas (derrame de sangue), inchaço no local e regiões próximas, dor de cabeça, parestesia (queimação, dormência), eritemas (vermelhidão na pele), coceira, púrpura, descamação e dor local;
- 5.2** em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas ao anestésico, mesmo já tendo utilizado previamente;
- 5.3** pessoas com problemas cardíacos, sensíveis ou alérgicos a fármacos, com hipertensão arterial, insuficiência renal crônica, diabetes não controlada e patologias hepáticas não devem submeter-se ao procedimento;
- 5.4** não poderei me submeter ao procedimento caso possua qualquer suspeita ou diagnóstico de doença autoimune não tratada.



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 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:

Dr.
CRM/