

TERMO DE CONSENTIMENTO

LEGACY



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
QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE	
OBSERVAÇÕES	

Legacy é um equipamento de radiofrequência multipolar, desenvolvido especialmente para tratar depressões e a flacidez da pele. É um forte aliado no tratamento estético facial e corporal. Por meio da combinação da radiofrequência, pulsos magnéticos e sucção, o procedimento promove mais firmeza e sustentação à pele.

O tratamento com Legacy combina radiofrequência de até 150 W, pulsos magnéticos e tecnologia Varipulse de sucção e massagem. Os pulsos magnéticos emitidos pelos eletrodos promovem a formação de novos vasos sanguíneos, processo chamado de angiogênese. Isso favorece a vascularização da região tratada, produzindo a proliferação das células do tecido conjuntivo, que são relacionadas à firmeza e tonicidade da pele. Além disso, ajuda a melhorar a circulação e oxigenação local, promovendo nutrição celular mais intensa. O procedimento ainda tem ação nas camadas adiposas, provocando a quebra das células de gordura.

O Legacy é indicado para: redução de gordura localizada, contorno corporal, celulite, rejuvenescimento facial melhorando rugas e suavizando marcas de expressão.

1. O PROCEDIMENTO COM LEGACY 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**. A melhora proporcionada pelo procedimento ocorrerá somente após um número mínimo de sessões, a depender do organismo de cada paciente;

1.2



o resultado do procedimento depende das características de cada indivíduo e do número de sessões realizadas pelo paciente, que será determinado pela equipe médica ao longo do tratamento;

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.

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. não utilizar prótese metálica na região tratada;
- 2.3. não estar realizando radioterapia ou quimioterapia;
- 2.4. não ter sintomas ou diagnóstico de doença autoimune como lúpus;
- 2.5. não ter hipertensão arterial descompensada;
- 2.6. 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. ENTENDI E CONCORDEI QUE:

- 3.1. a médica ou a sua equipe, não podem garantir resultado específico, pois cada organismo se comporta de maneira diferente quando submetido a tais procedimentos. 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;
- 3.3. ficam sob minha responsabilidade qualquer despesa hospitalar e médica gerada em virtude de internação ou intervenções por intercorrência médica.

acordo do paciente

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

- | | |
|--|---|
| 4.1 não estar com a pele bronzeada pelo menos 04 (quatro) semanas antes do procedimento; | 4.2 suspender o uso de isotretinoína com, no mínimo, 02 (dois) meses de antecedência; |
| 4.3 evitar o uso de ácido acetilsalicílico ("Aspirina", "AAS") antes do tratamento a fim de evitar o risco de púrpura; | 4.4 não usar perfume sobre o local do procedimento; |
| 4.5 não fazer uso de métodos depilatórios com cera ou cremes depilatórios. Os pelos devem ser raspados (para que o procedimento seja eficaz os pelos devem ter de 01 a 02 mm de altura); | 4.6 evitar exposição solar nos primeiros 10 (dez) dias. |
| 4.7 usar obrigatoriamente filtro solar com reaplicação a cada 3h, mesmo não expondo-me ao sol; | 4.8 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, ENTENDI QUE:

5.1

o tratamento com Legacy (radiofrequência de até 150 W, pulsos magnéticos e tecnologia Varipulse de sucção e massagem) poderá desencadear, precoce e/ou tardiamente: hiperpigmentação, alteração na coloração da pele devido ao aumento ou diminuição da melanina, prurido (coceira), queimaduras, eritema (vermelhidão), edema local, púrpura;

5.2



tatuagens, pintas e manchas na pele podem sofrer alterações com o tratamento, não estando ao alcance médico evitar tais alterações;

5.3



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

5.4



o tratamento não poderá ser realizado em pele bronzeada nas últimas 4 (quatro) semanas.

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:

Acompanhante:
CPF:

Dr.
CRM/