

TERMO DE CONSENTIMENTO

LIFT DE PESCOÇO



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	

O procedimento Lift de Pescoço me foi explicado minuciosa e especificadamente equipe médica, por isso entendo que:

O Lift de Pescoço é um procedimento cirúrgico estético que tem como função eliminar o excesso de pele, corrigindo a flacidez muscular para que haja a melhora na aparência do pescoço e da mandíbula.

O procedimento é realizado através de pequenas incisões (que podem ser na frente ou atrás das orelhas ou no couro cabeludo), tracionando a pele e reposicionando os tecidos subjacentes. É feito com anestesia local.

1. ME FOI EXPLICADO E 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 determinado período, a depender do organismo de cada paciente;

1.2



o resultado do procedimento depende das características de cada indivíduo e dos cuidados após o procedimento e, além disso, varia de acordo com os hábitos de vida de cada paciente tais como tabagismo, uso de medicamentos, atividades físicas e perda e/ou ganho de peso.

acordo do paciente

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

2.1 devo evitar exposição solar;

|

2.3 devo evitar movimentos bruscos com a cabeça;

|

2.5 não devo dirigir automóveis nos primeiros 3 dias de pós-operatório;

|

2.6 devo seguir as recomendações médicas durante todo o processo de recuperação;

|

2.2 devo evitar atividades físicas intensas;

|

2.4 devo usar faixa compressiva no pescoço durante algumas semanas;

|

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

|

acordo do paciente

3. ENTENDI E CONCORDEI QUE:

3.1 a equipe médica, não pode 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.

acordo do paciente

4. DECLARO AINDA:

4.1. 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;

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/