

TERMO DE CONSENTIMENTO

LIFT DE SOBRANCELHAS



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 Mid Face Lift me foi explicado minuciosamente e especificadamente pela equipe médica, por isso entendo que:

O procedimento de Lift de Sobrancelhas serve para o levantamento das sobrancelhas e também está associado a técnicas de rejuvenescimento. Pode ser feito através do uso de toxina botulínica, que serve para relaxar a musculatura na região dos olhos e elevar a sobrancelha.

Também pode ser usado o preenchimento com ácido hialurônico, em casos de flacidez e que o paciente deseja um olhar mais aberto. É possível associar ainda com o Ultraformer, aplicando o procedimento na pálpebra superior e na lateral da sobrancelha, para dar o efeito lifting. Esse tratamento é uma ótima opção de manutenção, principalmente para pacientes na faixa etária de 40 anos.

Pode ser feito também através dos fios de sustentação onde aplica-se a anestesia e é feita a análise e marcação facial dos pontos que precisam ser trabalhados. Os fios são aplicados e tracionados, permitindo o ajuste para uma melhor simetria. Como os fios são compostos por ácido polilático, eles promovem a formação de colágeno e tornam a pele mais firme e saudável, sendo esse o processo químico do procedimento.

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.

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

- 2.1 não devo dormir de bruços;
- 2.2 devo utilizar óculos escuros em ambientes externos para proteção contra a luz natural e vento;
- 2.3 devo evitar me aproximar de atividades na cozinha que produzam vapores quentes;
- 2.4 manter gazes esterilizadas e molhadas em Soro Fisiológico gelado sobre os olhos durante todo o dia após a cirurgia. O Soro Fisiológico deverá ficar acondicionado em um balde de gelo ou na geladeira e as gazes umedecidas de 30 em 30 minutos
- 2.5 não devo dirigir automóveis nos primeiros 3 dias de pós-operatório;
- 2.6 devo evitar esportes com bola, durante 3 meses;
- 2.6 devo evitar fumar nos primeiros 30 dias de pós-operatório;
- 2.6 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/