

TERMO DE CONSENTIMENTO

MORPHEUS

She-175-2022

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

A tecnologia Morpheus8 utiliza radiofrequência fracionária (RF) indicada para face, pescoço, colo e dorso das mãos, bem como pequenas áreas do corpo.

O tratamento induz ablação, melhorando assim a aparência de textura, linhas finas, rugas e cicatrizes deprimidas, como cicatrizes de acne e pigmentos superficiais serão removidos. O tratamento também induz o rejuvenescimento da pele por aquecimento da derme que estimula a síntese e reposição do colágeno, bem como o fechamento dos capilares sanguíneos finos superficiais.

1. A EQUIPE MÉDICA ME EXPLICOU QUE:

- 1.1** > o tratamento com Radiofrequência 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. Embora esses efeitos sejam raros e temporários, a vermelhidão e o inchaço podem durar até 3 semanas e fazem parte de uma reação normal ao tratamento;
- 1.2** > Queimaduras e consequentes alterações de pigmentação e cicatrizes são raras e podem ocorrer em fototipos altos que não cuidem de acordo com as instruções;
- 1.3** > Aparecem pequenas crostas na pele por alguns dias como parte da regeneração normal, porém a maquiagem pode ser aplicada em 1-3 dias após a sessão para mascarar a vermelhidão residual;
- 1.4** > tatuagens, pintas e manchas na pele podem sofrer alterações com o tratamento, não estando ao alcance médico evitar tais alterações;
- 1.5** > em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas;
- 1.6** > o tratamento não poderá ser realizado em pele bronzeada nas últimas 4 (quatro) semanas.

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, de forma descompensada;
- 2.5. não ter hipertensão arterial de forma 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. FOI-ME ORIENTADO E ESTOU CIENTE QUE:

- 3.1 > 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;
- 3.2 > o resultado do procedimento depende das características de cada indivíduo e do número de sessões realizadas pelo paciente, que será determinado pelo médico ao longo do tratamento;
- 3.3 > **a equipe médica não pode garantir resultado específico** através da medicina porque cada paciente possui características distintas e **cada organismo reage de maneira diferente** quando submetido a quaisquer procedimentos, seja invasivo ou não. No entanto, o médico e sua equipe se comprometem a utilizar os meios técnicos e científicos disponíveis para alcançar o resultado mais próximo possível do esperado;
- 3.4 > **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;
- 3.5 > 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.
- 3.6 > O tratamento requer anestesia que envolve creme tópico, injeções ou sedação de acordo com os parâmetros de tratamento e a critério do médico;
- 3.7 > devo cumprir o cronograma de tratamento, caso contrário, os resultados podem ser comprometidos;

3.8



o tratamento envolve algumas sessões (1-5), com algumas semanas de intervalo (3-6 semanas), de acordo com os parâmetros de tratamento a resposta individual;

3.9



durante o procedimento, condições imprevistas podem exigir procedimentos diferentes do descrito acima e autorizo o médico ou assistentes a realizar tais outros procedimentos, se profissionalmente os acharem necessários.

acordo do paciente

4. PARA QUE O PROCEDIMENTO TENHA SEUS EFEITOS POTENCIALIZADOS, ME FOI EXPLICADO QUE:

4.1

a pele não pode estar bronzeada 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 fazer uso de anti-inflamatórios, bem como, perfumes 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

obrigatório o uso de filtro solar com reaplicação a cada 3h, mesmo não se expondo ao sol;

4.8

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

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, para discussão do caso clínico com outros colegas médicos, para fins de pesquisa acadêmica, publicações em redes sociais, publicações acadêmicas, cursos, palestras e congressos médicos.

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/