

# TERMO DE CONSENTIMENTO

## NCTF



### 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 PROCEDIMENTOS
QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE	
OBSERVAÇÕES	

O procedimento **NCTF - New Cellular Treatment Factor** é uma solução injetável para reposição de minerais e vitaminas da pele com concentração de ácido hialurônico estimulando a produção de colágeno. Tem como objetivo a melhora e o rejuvenescimento da pele, por proporcionar hidratação profunda, melhora das linhas, viço, cicatriz, volume, firmeza, elasticidade e estímulo de colágeno. Pode ser aplicado na face e corpo.

### 1. O TRATAMENTO COM NCTF, ME FOI MINUCIOSA E ESPECIFICADAMENTE EXPLICADA PELA EQUIPE MÉDICA, POR ISSO ENTENDO QUE:

- 1.1 > o efeito do tratamento poderá variar de acordo com os hábitos de vida de cada paciente tais como tabagismo, uso de medicamentos, o uso de drogas e/ou álcool, alimentação, atividades físicas e perda e/ou ganho de peso;
- 1.2 > 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;
- 1.3 > cada organismo reage de forma distinta, e, por isso, **não é possível prever e/ou garantir o resultado específico**. No entanto, a equipe médica se compromete a utilizar os meios técnicos e científicos disponíveis, para alcançar o resultado mais próximo possível do esperado;
- 1.4 > caso o efeito desejado não seja obtido, pode se fazer necessário a realização de tratamentos adicionais, os quais, serão cobrados;
- 1.5 > posso adquirir reação alérgica à substância injetada e por todos os motivos acima especificados, eu autorizo a equipe médica realizarem todos os procedimentos necessários e indicados em eventuais intercorrências.

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

- 2.1. não tomar medicamentos como aspirina, anti-inflamatórios, anticoagulantes e ginkgo biloba 48h antes e depois do procedimento;
- 2.2. não me expor ao sol, pelo menos, 15 dias após realizado o procedimento;
- 2.3. não fazer procedimentos no dentista nos próximos 15 (quinze) dias;
- 2.4. não realizar procedimento com radiofrequência no local do tratamento;
- 2.5. não realizar procedimentos no local até 30 dias após o procedimento sem antes avaliar os riscos com a médica;
- 2.6. não fazer atividade física ou sauna por 24h após o tratamento;
- 2.7. não usar maquiagem e cremes no dia do tratamento;
- 2.8. não manipular a face ou realizar qualquer tipo de massagem, drenagem, laser ou limpeza de pele no dia do procedimento;
- 2.9. evitar ambientes quentes como sauna e piscina aquecida nos próximos 7 (sete) dias;
- 2.10. evitar exposição da área tratada ao calor ou frio extremo;
- 2.11. aplicar apenas filtro solar conforme prescrição médica;
- 2.12. manter normalmente a rotina de utilização de medicações de uso contínuo;
- 2.13. contatar a equipe médica sempre em caso de dúvidas ou qualquer sintoma descrito ou não neste termo.

\_\_\_\_\_  
acordo do paciente

## 3. FOI-ME ORIENTADO QUE:

- 3.1. é necessário o intervalo de 15 (quinze) dias antes e depois da aplicação de qualquer vacina para realizar o procedimento;
- 3.2. o corpo humano é naturalmente assimétrico, portanto, o preenchimento poderá, apenas, minimizar as assimetrias;
- 3.3. a duração do preenchimento depende das características de cada paciente, da quantidade do produto utilizado e do número de sessões realizadas pelo paciente;
- 3.4. caso o efeito desejado não seja obtido, poderão ser necessários tratamentos adicionais, os quais serão cobrados.

\_\_\_\_\_  
acordo do paciente

## 4. FOI-ME ORIENTADO QUE O CORPO HUMANO PODE TER VARIAÇÕES ANATÔMICAS:

4.1



poderá desencadear, precoce e/ou tardiamente: equimoses (roxos) no local na punctura (picada), hematomas (derrame de sangue), inchaços no local e regiões próximas, dor de cabeça, eventual endurecimento ou nódulos na área tratada, bolhas, formação de cicatriz, parestesia (queimação, dormência), eritemas (vermelhidão na pele), nódulos ou granulomas;

4.2



cada organismo pode reagir de uma forma específica inclusive podendo desencadear infecções, obstrução vascular, reativação de herpes, oclusão arterial que em casos raros, pode levar à cegueira;

4.3



em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas e hipotensão por conta do anestésico.

acordo do paciente

## 5. DECLARO AINDA:

- 5.1. 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;
- 5.2. que informei à equipe médica, todos os medicamentos que uso ou usei recentemente, bem como aos quais tenho alergia, inclusive tipos de anestésicos;
- 5.3. nunca ter realizado a implantação de produto definitivo como PMMA, silicone, hidrogel e outros na área a ser tratada;
- 5.4. que informei à médica sobre o uso de drogas (orais ou por outra via), alergias, tabagismo, e outras informações pertinentes à minha saúde.

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/