

TERMO DE CONSENTIMENTO

ONDAS ACUSTICAS – X-WAVE

Mar-28-2022



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.

PROFISSIONAL	REGISTRO
NOME PACIENTE	
IDADE PACIENTE	DATA PROCEDIMENTO
QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE	
OBSERVAÇÕES	

O **X-Wave** produz energia através de ondas acústicas que estimulam a microcirculação, a produção de colágeno e a regeneração dos tecidos.

A energia gerada quando interage com o tecido promove uma pressão positiva intensa no tecido conjuntivo e imediatamente uma pressão negativa fazendo que se inicie uma série de processos fisiológicos.

O procedimento é indicado para tratamento em áreas como glúteo, coxas, abdómen, flancos e braços.

1. FOI-ME ORIENTADO QUE O CORPO HUMANO PODE TER VARIAÇÕES ANATÔMICAS E, POR ISSO, ENTENDI QUE:

1.1



cada organismo reage de forma específica e, por isso, não é possível prever e/ou garantir um determinado resultado. A melhora proporcionada pelo tratamento ocorrerá gradualmente, a depender do organismo de cada paciente;

1.2



os resultados serão alcançados a depender das recomendações terapêuticas e do número mínimo de 8 sessões, que podem variar a depender de cada paciente.

acordo do paciente

2. DECLARO AINDA

2.1



não estar em período gestacional ou de lactação, tampouco qualquer desconfiança 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 ter diagnóstico de tumor ou doença autoimune;

2.3



ter conversado com o médico e solicitado autorização caso uso de medicamentos como: aspirina, anti-inflamatórios, anticoagulantes, Vitamina C e Ginkgo Biloba 48h antes e depois do procedimento.

acordo do paciente



3. ENTENDI E CONCORDEI QUE:

- 3.1. a médica ou a sua equipe, não podem garantir resultado específico através da medicina, pois cada paciente possui características distintas e cada organismo se comporta de maneira diferente quando submetido a esse tipo de procedimento. 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 tratamento, podem comprometer o resultado do tratamento médico.

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.