

TERMO DE CONSENTIMENTO

PREENCHIMENTO COM ÁCIDO HIALURÔNICO



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 de preenchimento com **Ácido Hialurônico** me foi detalhadamente explicado pela equipe médica, por isso, entendi que:

O Ácido Hialurônico é um ativo que o próprio corpo produz, no entanto, com o passar do tempo sua produção diminui. Por isso, é uma substância biocompatível e absorvível pelo organismo.

Os produtos finais comercializados que contenham ácido hialurônico, como os preenchedores, podem conter outros excipientes incompatíveis com o organismo. Por isso o prazo de absorção pode variar e, em algumas situações, sequer ser totalmente absorvido. O efeito do preenchimento não é definitivo, podendo variar entre os pacientes de 6 (seis) a 18 (dezoito) meses.

Objetiva diminuir rugas finas, olheiras, fazer o reposicionamento facial, o aumento do volume da região preenchida e melhorar o contorno facial. No entanto, não é possível garantir qualquer um desses resultados.



acordo do paciente

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

PARA REALIZAR O PROCEDIMENTO

não devo fazer uso de medicamentos como anticoagulantes, aspirina, anti-inflamatórios, Vitamina C e Ginkgo Biloba, no mínimo 48 horas antes e depois do procedimento. O uso de anticoagulantes deve ser informado com antecedência a realização do procedimento, podendo haver a necessidade de reorientar o uso da medicação, caso a caso;

2.1

devo comunicar a equipe médica sobre os procedimentos realizados anteriormente, sobretudo com preenchedores permanentes/não absorvíveis, como metacrilato, silicone, PMMA e hidrogel;

2.2

não devo estar em período gestacional, tampouco qualquer desconfiância de gravidez. Foi-me amplamente alertado que não é indicada a realização do procedimento durante a gravidez. Devo informar à equipe médica caso esteja em período de amamentação;

2.3

devo comunicar todos os tipos de alergias, principalmente a de picada de abelha ou vespa e alergia a anestésicos ou a preenchimentos anteriores;

2.4

devo comunicar as doenças pré-existentes, como as autoimunes, distúrbios de coagulação, e processos infecciosos recentes;

2.5

devo informar à equipe médica sobre o uso de drogas (orais ou por outra via), tabagismo e informações pertinentes à minha saúde.

2.6

APÓS REALIZAR O PROCEDIMENTO

não realizar procedimento na face até 30 (trinta) dias após o procedimento sem antes avaliar os riscos com a equipe médica;

2.7

não fazer atividade física ou sauna por 24 (vinte e quatro) horas após o tratamento;

2.8

manter a pele limpa, lavando o rosto 2 (duas) vezes ao dia com o produto específico para o seu tipo de pele ou sabonete neutro;

2.9

usar filtro solar conforme orientação médica;

2.10

não manipular a face, realizar massagem, drenagem, laser ou limpeza de pele no dia do procedimento;

2.11

não fazer procedimentos odontológicos nos próximos 15 (quinze) dias;

2.12

caso faça uso de medicações de uso contínuo ou controladas seguir rigorosamente as orientações do médico prescritor;

2.13

evitar contato direto e prolongado com animais de estimação;

2.14

usar apenas analgésicos simples, como paracetamol ou dipirona, se necessário, para alívio de dor leve. As dores intensas devem ser reportadas à equipe médica;

2.15

aguardar o intervalo mínimo de 15 (quinze) a 30 (trinta) dias antes e depois do procedimento, para realizar qualquer vacina, conforme orientado pela equipe médica.;

2.16

não utilizar maquiagem e cremes por, pelo menos, 4h após o procedimento.

2.17

acordo do paciente

DECLARO AINDA

que informei ao médico assistente, todos os medicamentos que uso ou usei recentemente, vitaminas, implantes hormonais e medicamentos tópicos (de passar) bem como aos quais tenho alergia, inclusive tipos de anestésicos;

2.18

que informei ao médico assistente minhas comorbidades (doenças), acompanhamentos médicos, uso de prótese/marcapasso e história prévia de cicatriz tipo quelóide;

2.19

estou ciente ainda, que ficam sob minha responsabilidade qualquer despesa hospitalar e médica gerada em virtude de internação ou intervenções por intercorrência médica.

2.20

acordo do paciente

3. COMO O CORPO HUMANO PODE TER VARIAÇÕES ANATÔMICAS, ENTENDO QUE:

3.1



Há risco de serem desenvolvidas alterações pigmentares (manchas claras ou escuras) temporárias ou permanentes na pele após o preenchimento;

3.2



Poderei desencadear precoce e/ou tardiamente: equimoses (roxos) no local na punctura (picada), hematomas, inchaços no local e regiões próximas e dor de cabeça, eventual. Esses eventos comuns tendem a ser leves e de rápida resolução;

Também é possível: endurecimento ou nódulos no ponto da injeção, bolhas, formação de cicatriz, parestesia (queimação, dormência), eritemas (vermelhidão na pele), nódulos ou granulomas. Esses eventos são raros e devem ser reportados ao médico assistente;

3.3



Cada organismo pode reagir de uma forma específica podendo desencadear infecções, reativação de herpes, oclusão arterial que poderá necrosar o local ou local próximo e, em casos raros, pode levar à cegueira;

3.4



Em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas, hipotensão, eritema, alteração da frequência cardíaca, dor torácica e desmaios por conta do anestésico tópico ou injetável, mesmo já o tendo utilizado previamente;

3.5



Não há garantias sobre o volume necessário para correção de sulcos, rugas ou aumento da área tratada, sendo muito variável entre os pacientes;

3.6



O tabagismo, o uso de drogas e/ou álcool, ainda que não impeçam a realização do procedimento, podem desencadear complicações após realizado o procedimento;

3.7



A interrupção do uso do tabaco, de drogas e/ou álcool não cessam os malefícios do uso prévio, apenas reduzem a probabilidade de possíveis efeitos danosos;

3.8



Posso desenvolver reação adversa à substância injetada e, em caso extremo, poderei realizar a remoção do produto com hialuronidase, inclusive possibilidade de choque anafilático;

3.9



Em eventual intercorrência, a médica e sua equipe farão intervenções com foco na minha saúde e não na minha estética;

3.10



Por todos os motivos acima especificados, eu autorizo a médica e a sua equipe realizarem todos os procedimentos médicos necessários e indicados em eventuais intercorrências.

acordo do paciente



4. ENTENDI E CONCORDEI QUE:

- 4.1. caso o efeito desejado não seja obtido, poderão ser necessários tratamentos adicionais, os quais serão cobrados;
- 4.2. o acompanhamento e tratamento de eventuais intercorrências (enzimas, exames de imagem, medicamentos, procedimentos ou custos hospitalares) e todos os custos envolvidos serão de minha responsabilidade;
- 4.3. a médica poderá ser substituída, por motivos não esperados, por outros profissionais da sua equipe ou, a depender da situação, por outro colega médico especialista;
- 4.4. na eventualidade de intercorrências, efeitos colaterais adversos, dúvidas ou complicações entrar em contato com a equipe médica.



SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS:

acordo do paciente

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 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. A consulta de retorno deverá ser realizada em até 15 (quinze) a 30 (trinta) dias do primeiro procedimento, sem exceção.

_____, ____ de _____ de _____

Paciente:
CPF:

Dr.
CRM/