

# TERMO DE CONSENTIMENTO

## BIORREMODELADOR TECIDUAL - PROFHILO®

Cod-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.

|                |                   |
|----------------|-------------------|
| NOME MÉDICO    | CRM               |
| NOME PACIENTE  |                   |
| IDADE PACIENTE | DATA PROCEDIMENTO |

O procedimento me foi explicado minuciosa e especificadamente equipe médica, por isso entendo que:

O tratamento com Profhilo®, biorremodelador celular, possui capacidade de difusão por todas as camadas da pele e tem como objetivo melhorar a qualidade e promover a regeneração do tecido da pele, bem como, retardar o processo de envelhecimento, prevenir a flacidez da pele, melhorar a densidade da pele, corrigir cicatrizes de acne e produzir efeito de lifting natural, podendo ser aplicado na face e pescoço.

O produto não possui efeito preenchedor, de skinbooster ou bioestimulador.

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

- 1.1** informar o uso de tais medicações como: aspirina, anti-inflamatórios, anticoagulantes, vitamina c e ginkgo biloba antes do procedimento;
- 1.2** não devo fazer atividade física, sauna ou massagem até 24h após o tratamento;
- 1.3** não devo manipular o local. não realizar nenhum tipo de massagem, drenagem, laser ou limpeza de pele no dia do procedimento;
- 1.4.** devo manter a pele limpa, lavando sempre com os produtos indicados pela equipe médica;
- 1.5** não devo realizar procedimentos no local até 30 dias após o procedimento sem antes avaliar os riscos com a médica;
- 1.8** devo evitar exposição da área tratada ao calor ou frio extremo;
- 1.7** devo aplicar apenas filtro solar conforme orientações da equipe médica;
- 1.10** devo contatar a equipe médica sempre em caso de dúvidas ou qualquer sintoma descrito ou não neste termo.
- 1.9** não é necessário o uso de medicamentos antes ou após o procedimento. caso faça uso de medicações de uso contínuo ou controladas como isotretinoína siga rigorosamente as orientações médicas;

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

## 2. ENTENDO E CONCORDO QUE:

- 2.1 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;
- 2.2 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;
- 2.3 cada organismo reage de forma distinta, e, por isso, não é possível prever e/ou garantir o resultado específico. No entanto, o médico se compromete a utilizar os meios técnicos e científicos disponíveis, para alcançar o resultado mais próximo possível do esperado;
- 2.4 caso o efeito desejado não seja obtido, pode se fazer necessário a realização de tratamentos adicionais, os quais, serão cobrados;
- 2.5 posso adquirir reação alérgica à substância injetada e por todos os motivos acima especificados, eu autorizo a médica e sua equipe realizarem todos os procedimentos médicos necessários e indicados em eventuais intercorrências.

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

## 3. Foi-me orientado que o corpo humano pode ter variações individuais, e por isso:

- 3.1 poderá **desencadear, precoce e/ou tardiamente:** equimoses (roxos) no local na punctura (picada), pequenos hematomas (derrame de sangue), nódulos e granulomas, inchaços no local e regiões próximas e ainda dor de cabeça;
- 3.2 cada organismo pode reagir de uma forma específica inclusive após o procedimento poderá haver alteração de sensibilidade e/ou mobilidade nas áreas tratadas por período indeterminado;
- 3.3 é necessário o intervalo de 15 dias antes e depois da aplicação de qualquer vacina para realizar o tratamento.

\_\_\_\_\_  
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 e/ou durante a amamentação;
- 4.2 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



## 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 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) dias do primeiro procedimento, sem exceção

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Paciente:  
CPF:

\_\_\_\_\_  
Dr.  
CRM/