

# TERMO DE CONSENTIMENTO

## RADIOFREQUÊNCIA – BODYTITE



### 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 de Radiofrequência Bodytite me foi minuciosamente explicado pela equipe médica, por isso, entendi que:

O procedimento com Bodytite consiste em realizar a lipólise de maneira minimamente invasiva, utilizando a tecnologia da radiofrequência, a qual eleva a temperatura da pele, contraindo o colágeno existente e aumentando a produção de fibras e elastinas. Além disso, rompe as membranas das células de gordura, fazendo com que esta seja eliminada do corpo, reduzindo, assim, a gordura do local tratado.

O procedimento é indicado no combate à flacidez, diminuição da gordura localizada e celulite para melhor contorno corporal e facial, estimulação e produção de colágeno para proporcionar rejuvenescimento da pele.

### 1. Para que o procedimento tenha seus efeitos otimizados, foi-me explicado que devo:

- |   |  |
|---|--|
| 1.1 realizar acompanhamento nutricional;<br>  | 1.2 respeitar o intervalo entre 7 e 15 dias<br>  entre as sessões; |
| 1.3 a realização de atividade física regular e<br>  alimentação saudável;   | 1.4 evitar ingestão de bebida alcoólica;<br>                       |
| 1.5 contatar a equipe médica sempre em<br>  caso de dúvidas ou qualquer sintoma<br>  descrito, ou não, neste termo. |  |

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

### 2. Foi-me orientado e estou ciente que:

2.1



cada organismo reage de forma específica e, por isso, **não é possível prever e/ou garantir o resultado**. O resultado e a melhora proporcionada pelo procedimento ocorrerão somente após um número mínimo de sessões, determinado pelo médico ao longo do tratamento, a depender do organismo de cada paciente;

2.2



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;

2.3



**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;

2.4



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;

2.5



a não realização de atividade física e alimentação saudável compromete no resultado do tratamento;

2.6



é necessário respeitar o número mínimo de 6 sessões para avaliar algum resultado;

2.7



intervalo entre 7 e 15 dias entre as sessões deve ser respeitado para melhor resultado.

acordo do paciente

### 3. Fui alertado que, o procedimento com radiofrequência poderá desencadear:

- 3.1. hematomas e/ou inchaços após o procedimento, no entanto, esses sintomas costumam atenuar-se em dias, semanas ou meses;
- 3.2. eritema (vermelhidão) de forma temporária na área tratada;
- 3.3. lesão nervosa (nos ramos nervosos facial e corporal), fraqueza nas áreas tratadas, hiperatividade (mudança temporária no sorriso ou em qualquer expressão facial) e dormência/formigamento, ambos de forma temporária;
- 3.4. cicatriz, de forma rara, principalmente nos casos em que a superfície da pele for rompida;
- 3.5. queimaduras, de forma incomum;
- 3.6. infecção, de forma rara, mas, caso ocorra, pode ser necessário tratamento com antibióticos e/ou intervenção cirúrgica. a infecção pode aumentar ainda mais o risco de cicatrizes. o cuidado adequado da ferida é importante na prevenção da infecção. se surgirem sinais de infecção como dor, calor, bolhas ou vermelhidão ao redor, entre em contato com o médico imediatamente.

acordo do paciente

#### 4. Foi-me explicado que:

- 4.1 tatuagens, pintas e manchas na pele podem sofrer alteração da sensibilidade, dor, edema  
| local, púrpura;
- 4.2 em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas;  
|
- 4.3 o tratamento não poderá ser realizado em pele bronzeadada nas últimas quatro semanas.  
|

\_\_\_\_\_  
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 não utilizar prótese metálica na região tratada;  
|
- 5.3 não estar realizando radioterapia ou quimioterapia;  
|
- 5.4 não ter sintomas ou diagnóstico de doença autoimune como autoimune descompensada;  
|
- 5.5 não ter hipertensão arterial descompensada;  
|
- 5.6 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



#### 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/