

TERMO DE CONSENTIMENTO

SUBSCISÃO DE CELULITES

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.

NOME MÉDICO	CRM
NOME PACIENTE	
IDADE PACIENTE	DATA PROCEDIMENTOS
QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE	
OBSERVAÇÕES	

O tratamento de subscisão me foi explicado minuciosa e especificadamente pela equipe médica, por isso entendo que:

O procedimento de subscisão é uma técnica cirúrgica minimamente invasiva indicada para tratar o relevo na pele, melhorando o aspecto de celulites, cicatrizes e estrias. É realizado com a utilização de uma agulha especial, que deixa a pele com um aspecto mais liso e saudável.

O procedimento é realizado a partir da introdução de uma agulha bisturizada sob o tecido com desníveis, através de pequenas incisões. Os movimentos costumam ser em sentido de vai e vem ou em moções circulares; assim, a agulha rompe o tecido fibroso – responsável por formar a celulite – e os vasos sanguíneos são seccionados.

Como consequência da subscisão, o organismo produz um novo tecido conjuntivo, que preenche a pele tratada, com o objetivo de melhorar a aparência local e redistribuindo a gordura e as forças de tração e de tensão. Essa nova estrutura é rica em proteínas que melhoram a sustentação da pele, como o colágeno e a elastina, o que reduz consideravelmente deformações como celulites e cicatrizes.

O tratamento é realizado em forma de sessões e é indicado para a correção de relevos e depressões profundas na pele, como cicatrizes, rugas e, principalmente, celulite de grau III ou superior.

1. PARA QUE O PROCEDIMENTO TENHA SEUS EFEITOS OTIMIZADOS, ME FOI EXPLICADO QUE DEVO:

1.1



Permanecer em repouso por 7 dias;

1.2



Evitar atividades físicas por 14-30 dias;

1.3



não manipular o local do procedimento. Não realizar nenhum tipo de massagem, drenagem, laser ou limpeza de pele no dia e após o procedimento pelo período de 30 dias;

1.4



evitar exposição da área tratada ao sol, calor ou frio extremo por 15 dias ou enquanto durar o hematoma;

1.5



manter o curativo compressivo por 48-72h, conforme orientação médica;

1.6



manter o uso de claça ou bermuda compressiva por 30 dias;

1.7



evitar reposição de ferro ou consumo excessivo de alimentos ricos em ferro por 30 dias;

1.8



seguir rigorosamente as orientações da equipe médica caso faça uso de medicações de uso contínuo ou controlado;

1.9



contatar a equipe médica sempre em caso de dúvidas ou qualquer sintoma descrito ou não neste termo.

acordo do paciente

2. ENTENDO E CONCORDO QUE:

- 2.1 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 procedimentos invasivos, mas se comprometem a utilizar os meios técnicos e científicos disponíveis para alcançar o resultado mais próximo possível do esperado;
- 2.2 o tabagismo, o uso de drogas e/ou álcool, ainda que não impeçam a realização do procedimento, podem desencadear complicações após realizado o procedimento. 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 possíveis efeitos danosos.

acordo do paciente

3. FOI-ME EXPLICADO QUE:

- 3.1 o procedimento de subscisão poderá desencadear, precoce e/ou tardiamente: equimoses (roxos) no local, hematomas (derrame de sangue) podendo ocasionar uma reação inflamatória desejada, dormência e sensibilidade no local, inchaços na área tratada e regiões próximas e hiperpigmentações (manchas), que em raros casos podem ser permanentes;
- 3.2 podem ocorrer alterações do relevo local como alteração da consistência da área tratada (áreas endurecidas) resultantes da formação de novo tecido conjuntivo; herniação de planos superficiais de gordura, especialmente em pacientes que descontinuaram o uso da roupa compressiva antes dos 30 dias recomendados. Cicatrizes queloidianas são raras, e sua ocorrência costuma estar associada a fatores individuais;

- 3.3 pode ocorrer infecção na área tratada e, em alguns casos necessária a realização de drenagem;
|
- 3.4 é aplicada uma anestesia local para maior conforto do paciente;
|
- 3.5 a equipe médica responsável pelo procedimento definirá a melhor técnica para cada paciente, que varia de acordo com o local e com o tipo de relevo ou depressão presente na pele;
- 3.5 a efetiva recuperação pode levar até um mês.
|

acordo do paciente

4. DECLARO AINDA:

- 4.1 cada organismo reage de forma específica e, por isso, não é possível prever e/ou garantir o resultado. A melhora proporcionada pelo procedimento ocorrerá somente algumas semanas a meses após a realização, a depender do organismo de cada paciente;
|
- 4.2 a duração do resultado do tratamento depende das características de cada paciente, da quantidade do produto injetado e do número de sessões realizadas pelo paciente;
- 4.3 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;
- 4.4 dependendo de cada caso e do objetivo de resposta, pode haver indicação de associação com procedimentos injetáveis ou tecnologias.

acordo do paciente

5. DECLARO AINDA:

- 5.1 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;
|
- 5.2 que informei à médica, todos os medicamentos que uso ou usei recentemente, bem como aos quais tenho alergia, inclusive tipos de anestésicos. E que não faço uso de anticoagulantes, aspirina infantil (AAS), anti-inflamatórios, vitamina E, ginkgo biloba, nem reposição de ferro;
- 5.3 que relatei à equipe médica se sou portador de doenças autoimune ou crônicas.
|

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, para discussão do caso clínico com outros colegas médicos, para fins de pesquisa acadêmica, publicações em redes sociais, publicações acadêmicas, cursos, palestras e congressos médicos.

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/