

TERMO DE CONSENTIMENTO

TERAPIA DE ONDAS DE CHOQUE

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	

Terapia de Ondas de Choque Extracorpórea, ou apenas Terapia de Ondas de Choque, se trata de uma terapia mecânica, não invasiva, que aumenta o metabolismo do tecido tratado, estimulando a síntese de colágeno, além da elastina. Como são ondas acústicas, causam pouco desconforto durante a aplicação, sendo um procedimento muito bem tolerado.

Indicado para o tratamento em áreas como glúteo, coxas, abdômen, flancos e braços para o tratamento de gordura localizada, flacidez e celulite. Também pode ser utilizado em tecido fibroso, cicatrizes, indicado, por exemplo, após procedimento de lipoaspiração.

1. O PROCEDIMENTO ME FOI DETALHADAMENTE EXPLICADO PELA EQUIPE MÉDICA, POR ISSO ENTENDO 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 sessões recomendada, que podem variar a depender de cada paciente;

1.3



as ondas acústicas associadas às tecnologias de criolipólise e radiofrequência potencializam as melhorias e aceleram os resultados e durabilidade.

acordo do paciente

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

2.1



existem riscos e complicações associados a todos os procedimentos;

2.2



os efeitos colaterais deste procedimento incluem: inchaço, vermelhidão, hematomas, petéquias (pequenas manchas vermelhas), hematomas, dor, lesões na pele (especialmente após terapia prévia com cortisona).

acordo do paciente

3. Para que o procedimento tenha seus efeitos potencializados, me foi explicado que devo:

3.1 evitar atividade física conforme orientação médica;

3.2 evitar exposição da área tratada ao calor ou frio extremo;

3.3 não fazer uso de medicamentos antes ou depois do procedimento, e caso faça uso de medicações de uso contínuo ou controladas seguir rigorosamente as orientações médicas;

3.4 não fazer uso de medicamentos anticoagulantes, como varfarina, Heparina, AAS;

3.5 não estar em tratamento de doenças tumorais, como o câncer;

3.6 não ter inflamações agudas/pus focal na área alvo;

3.7 evitar consumo de bebida alcoólica e cigarros;

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

acordo do paciente



4. ENTENDI E CONCORDEI QUE:

4.1. 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;

4.2. 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

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 ter diagnóstico de tumor ou doença autoimune.

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.