

# TERMO DE CONSENTIMENTO

## TOXINA BOTULÍNICA



### 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 com **Toxina Botulínica** me foi detalhadamente explicado pela equipe médica, por isso, entendi que:



O objetivo do procedimento é a atenuação de forma temporária da contratura muscular, causando melhora nas linhas de expressão (rugas), ou ainda para tratar a sudorese excessiva em determinada região como axilas, palma das mãos e planta dos pés, ou para melhora da rosácea e do processo inflamatório da área trabalhada.

### 1. FOI-ME ORIENTADO QUE:

1.1



**o corpo humano é naturalmente assimétrico**, portanto, a toxina poderá, apenas, minimizar as assimetrias, o que não garante a eliminação destas;

1.2



**a ação da toxina dura em média 3 (três) meses** e depende das características de cada paciente, hábito de vida, prática de atividade física podendo diminuir a duração, metabolismo, doenças infecciosas e febris, uso de certos medicamentos, da quantidade do produto injetado e do número de sessões realizadas pelo paciente;

1.3



a toxina botulínica pode diminuir o seu efeito terapêutico gradativamente ao longo do tempo e de múltiplas aplicações recorrentes, podendo, inclusive, chegar a não possuir mais efeito algum;

1.4



linhas de expressão (rugas) marcadas podem ser apenas atenuadas, não saindo por completo;

- 1.5 >>> caso o efeito do tratamento seja insuficiente, pode se fazer necessária a realização de tratamentos adicionais, os quais, serão cobrados;
- 1.6 >>> alguns pacientes podem apresentar, apenas, relaxamento da contratatura muscular e não, necessariamente, a paralisação completa, salvo em casos raros onde o paciente é resistente à toxina botulínica não fazendo, portanto, efeito algum;
- 1.7 >>> alguns pacientes eliminam a toxina botulínica mais rapidamente, em torno de 30 (trinta) dias, não sendo possível prever com quais indivíduos isso acontecerá;
- 1.8 >>> não é recomendável fazer complementação com mais de 30 (trinta) dias, devido ao risco de formação de anticorpos e a toxina parar de funcionar com o passar do tempo;
- 1.9 >>> há risco de serem desenvolvidas alterações pigmentares (manchas claras ou escuras) temporárias ou permanentes na pele;
- 1.10 >>> o efeito do procedimento não é imediato e começará a ser observado pelo paciente após 48 a 72 horas da aplicação. O procedimento atinge sua ação completa ao longo de 2 semanas, quando geralmente é agendada uma revisão para verificar a necessidade de complementação de dose em algum ponto;
- 1.11 >>> recomenda-se um intervalo mínimo de 3 meses para aplicações subsequentes da toxina botulínica;
- 1.12 >>> o uso de toxina botulínica não é recomendado para portadores de doenças neuromusculares como miastenia gravis ou para pessoas com hipersensibilidade (alergia) conhecida à toxina botulínica e aos componentes da medicação.

acordo do paciente

2.

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

**2.1**

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, caso a caso;

**2.2**

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

**2.3**

evitar exposição da área tratada ao sol nos 15 (quinze) dias após o procedimento, se inevitável aplicar filtro solar (FPS 30, no mínimo) ou conforme prescrito pela equipe médica;

**2.7**

o aparecimento de hematomas na área de aplicação é comum e não altera a eficácia do tratamento, caso aconteçam é possível entrar em contato com a equipe médica para maiores orientações;

**2.6**

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 as orientações da equipe médica rigorosamente;

**2.5**

não fazer procedimentos no dentista nos próximos 15 (quinze) dias;

**2.4**

não manipular a face, não realizar nenhum tipo de massagem, drenagem, laser ou limpeza de pele até 48h do procedimento. Se inevitável, consultar a equipe médica antes;

2.8

não abaixar cabeça por 4 (quatro) horas após o procedimento;

2.9

não fazer atividade física ou sauna entre as 24h a 48h iniciais após o tratamento, conforme indicado pela equipe médica.

2.10

evitar viagens aéreas imediatamente após o procedimento, a alteração de pressão-ambiente pode provocar a migração da toxina para áreas não desejadas;

2.11

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

**Atenção: a consulta de retorno deverá ser realizada em até 30 (trinta) dias do primeiro procedimento, sem exceção.**

acordo do paciente

### 3. FOI-ME EXPLICADO QUE O CORPO HUMANO PODE TER VARIAÇÕES INDIVIDUAIS, POR ISSO, ENTENDI QUE:

3.1



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;

3.2



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;

3.3



cada organismo reage de forma distinta, e, por isso, não é possível prever e/ou garantir o resultado específico. No entanto, a equipe médica se compromete a utilizar os meios técnicos e científicos disponíveis para alcançar o resultado mais próximo possível do esperado;

3.4



o procedimento poderá não ser realizado, caso seja detectada alguma doença/anormalidade ou circunstância que coloque em risco a saúde do paciente, cabendo ao paciente informar essa condição no momento da assinatura do presente termo (rever campo de contra indicações).

acordo do paciente

### 4. ENTENDI E CONCORDEI QUE:

- 4.1. 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, diplopia (visão dupla) e ptose palpebral (queda da sobrancelha). Esses eventos são raros e devem ser reportados ao médico assistente. **Além disso, pode ocorrer a migração do medicamento para músculos adjacentes que não eram alvo do tratamento, como a musculatura da mastigação, do sorriso e a musculatura da movimentação dos olhos;**
- 4.2. cada organismo pode reagir de uma forma específica inclusive podendo desencadear infecções;
- 4.3. em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas, hipotensão, eritemas (vermelhidão na pele), alterações da frequência cardíaca, arritmias, dor torácica e desmaios, mesmo já o tendo utilizado previamente.



## 5. DECLARO AINDA:

5.1. não estar em período gestacional ou de lactação, tampouco qualquer desconfiância de gravidez;

5.2. 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 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/