

TERMO DE CONSENTIMENTO

VIRTUE RF



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 **VIRTUE RF** me foi detalhadamente explicado pela equipe médica, por isso, entendi que:



É um procedimento composto pelas tecnologias do ultrassom microfocado e macrofocado que utilizam o calor para promover a melhora da flacidez. As ondas do ultrassom conseguem atingir e aquecer as camadas mais profundas da pele para a produção de colágeno.



A tecnologia é indicada para tratar a flacidez facial de leve a moderada e pode ser utilizado na área dos olhos, pescoço, mãos, rugas periorais (código de barras), além de outras áreas corporais indicadas pelo médico.

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

1.1

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.

1.2

o uso de anticoagulantes deve ser informado com antecedência a realização do procedimento, podendo haver a necessidade de reorientar o uso da medicação, caso a caso;

1.3

evitar exposição solar nos primeiros 10 (dez) dias;

1.4

obrigatório o uso de filtro solar com reaplicação a cada 3h, mesmo não se expondo ao sol;

1.5

não fazer uso de métodos depilatórios com cera ou cremes depilatórios, no mínimo 2 (dois) dias antes do procedimento;

1.6

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

acordo do paciente

2. A EQUIPE MÉDICA ME EXPLICOU QUE:

2.1 cada organismo reage de forma específica e, por isso, não é possível prever e/ou garantir o resultado. Para a melhora, podem ser necessárias múltiplas sessões de tratamento, a depender do organismo de cada paciente;


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. O paciente pode retornar às suas atividades habituais imediatamente após o tratamento.

2.2

o tratamento com Ultrassom Microfocado/Macrofocado poderá desencadear, precoce e/ou tardiamente: prurido (coceira), eritema (vermelhidão) e hematomas. Além disso, pode, também, desencadear fraqueza muscular, alteração de sensibilidade, dormência e formigamento transitórios;

acordo do paciente

3. ENTENDI E CONCORDEI QUE:

- 
- 3.1. 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;
 - 3.2. 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;
 - 3.3. caso o efeito desejado não seja obtido, poderão ser necessários tratamentos adicionais, os quais serão cobrados;
 - 3.4. O tratamento com Ultraformer não tem a intenção de promover os mesmos resultados que um "lifting" cirúrgico invasivo.

acordo do paciente

4. DECLARO AINDA:

- 4.1. 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;
- 4.2. que informei à equipe médica sobre a ocorrência de herpes em algum momento pregresso;
- 4.3. que informei ao médico assistente todos os medicamentos que uso ou usei recentemente, bem como aos quais tenho alergia, inclusive tipos de anestésicos;
- 4.4. a melhora proporcionada pelo procedimento ocorrerá somente semanas após a realização, a depender do organismo de cada paciente;
- 4.5. nunca ter realizado a implantação de produto definitivo como PMMA, silicone, hidrogel e outros na área a ser tratada.
- 4.6. que informei à médica sobre o uso de drogas (orais ou por outra via), alergias, tabagismo e outras informações pertinentes à minha saúde;



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/