

TERMO DE CONSENTIMENTO

APLICAÇÃO GUIADA DE HIALURONIDASE



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



A ultrassonografia é um exame de imagem, sem fins de diagnóstico, que permite mapear as estruturas anatômicas incluindo todas as camadas da pele e eventuais produtos exógenos, vindo a auxiliar esta equipe médica, a guiar a aplicação de hialuronidase de forma mais acurada.

O procedimento de preenchimento foi realizado por outro profissional, por isso entendo que a equipe médica não poderá se responsabilizar por qualquer resultado estético.

1. A APLICAÇÃO DE HIALURONIDASE GUIADA, ME FOI MINUCIOSA E ESPECIFICADAMENTE EXPLICADA PELA EQUIPE MÉDICA, POR ISSO ENTENDO QUE:

1.1



a hialuronidase é utilizada de forma off-label (aquele cuja indicação do profissional assistente diverge do que consta na bula);

1.2



a remoção do preenchimento com Ácido Hialurônico é devida quando o preenchimento desencadeou efeitos não esperados pelo paciente ou médico assistente;

1.3



a hialuronidase não possui nenhum efeito para os preenchedores permanentes e não tem efeito conhecido para outros preenchedores com exceção do ácido hialurônico;

1.4



a aplicação de hialuronidase guiada por ultrassom tem o objetivo diluir o preenchedor de forma mais efetiva com foco no melhoramento da saúde e tratamento de complicações e não apenas na aparência estética;

1.5



a aplicação guiada não garante que todo o preenchedor será diluído ou retirado.



2. ENTENDI E CONCORDEI QUE:

- 2.1. cada organismo pode reagir de uma forma específica, inclusive podendo desencadear infecções, reativação de herpes, oclusão arterial e desencadear, precoce e/ou tardiamente, outros problemas de saúde, bem como equimoses (roxos) no local da punctura (picada), hematomas (derrame de sangue), inchaços no local e em regiões próximas, dor de cabeça, eventual endurecimento ou formação de nódulos no ponto da injeção, bolhas, formação de cicatriz, parestesia (queimação, dormência), eritemas (vermelhidão na pele), nódulos ou granulomas, não estando o exame ultrassonográfico relacionado a nenhuma dessas possíveis ocorrências;
- 2.2. em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas, hipotensão, eritema, alteração da frequência cardíaca, dor torácica e desmaios por reação ao anestésico, tópico e/ou injetável, mesmo que já o tenha utilizado previamente. E, em reações graves do uso da hialuronidase, pode ocasionar em choque anafilático e, em casos raríssimos, eventual morte;
- 2.3. a equipe médica não garante qualquer resultado;
- 2.4. a técnica guiada de aplicação de hialuronidase auxilia no processo de diluição do ácido hialurônico, mas não garante a sua total remoção em uma única aplicação, e poderão ser necessárias outras intervenções ou tratamentos específicos;
- 2.5. o tabagismo, o uso de drogas e/ou álcool, podem comprometer o resultado do tratamento e 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.

acordo do paciente

3. Foi-me esclarecida a importância de informar à médica e a sua equipe sobre meu estado de saúde, doenças e medicamentos utilizados. Por isso, é de minha inteira responsabilidade a não informação sobre:

3.1

os medicamentos que uso ou usei recentemente, bem como aos quais tenho alergia, inclusive tipos de anestésicos;

3.2

alergias que tenho conhecimento, inclusive de anestésicos e à picada de abelha;

3.3

qualquer doença, principalmente as autoimunes;

3.4

hábitos (alimentares e de saúde), uso de medicamentos de rotina, tratamentos cardíacos, hormonais e de emagrecimento, e procedimentos realizados anteriormente, poderá incorrer em risco de vida, além de alterar ou determinar o resultado desse tratamento.

acordo do paciente

4. DECLARO AINDA:

- 4.2. não estar em período gestacional ou de lactação, tampouco qualquer suspeita de gravidez.
Foi-me amplamente alertado que não é indicada a realização do procedimento durante a gravidez e/ou durante a amamentação.



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/