



Dr. Ferrer Pardo
Cirurgia Plástica

Dr. Vicente Ferrer Pardo Jiménez
Cirurgião Plástico

*Formado pela Faculdade de Medicina da USP - RP - CRM 63.872
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
Membro Titular da International Society of Aesthetic Surgery
Membro da Soc. dos Cirurgiões Plásticos Latinos - USA e Canadá
Membro da Federação Ibero Latino Americana de Cirurgia Plástica
Membro da Inter. Conf. for Plastic Reconstructive Aesthetic Surgery*

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PACIENTE

Área tratada: _____:

Eu, _____, inscrito no CPF sob o nº _____, declaro, para os devidos fins, que estou de acordo em me submeter ao procedimento denominado **PREENCHIMENTO COM ÁCIDO HIALURÔNICO**, a ser realizado em ___/___/____, pelo Dr. _____, inscrito no CRM sob o nº _____, e os demais profissionais de sua equipe, que estão vinculados à minha assistência.

Declaro, ainda, que todo o procedimento me foi previa e devidamente explicado, quando tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas, tendo recebido, oralmente e por escrito, todas as instruções a serem seguidas antes, durante e após o tratamento.

1. Do procedimento e seu objetivo:

1.1. Trata-se de procedimento cujo objetivo é harmonizar o volume facial ou preencher os sulcos, promovendo a correção de rugas finas, olheiras, cicatrizes superficiais e repor/aumentar o volume dos lábios, região malar e/ou mandibular.

1.2. O procedimento consiste na injeção de um preenchedor em gel, contendo ácido hialurônico, diretamente na área a ser tratada, promovendo uma correção temporária das imperfeições, além de estimular a produção de colágeno e hidratação da pele.

1.3. Poderá ser utilizada anestesia local para amenizar a dor e o desconforto durante o procedimento.

2. Dos riscos e complicações inerentes ao procedimento:

2.1. Estou ciente de que, apesar de todos os cuidados dispensados pelo profissional, como ocorre em qualquer procedimento, sempre haverá riscos e a possibilidade de complicações, tais como:

- **Dor e desconforto:** Poderá ocorrer dor ou desconforto durante e logo após o procedimento. Para alívio, poderá ser feito uso de anestésico local e analgésicos;
- **Eritema:** A área tratada pode se apresentar rosada ou avermelhada, imediatamente após o procedimento, diminuindo gradativamente em poucas horas;
 - **Equimoses:** poderá haver manchas roxas, regredindo gradualmente;
- **Alteração na sensibilidade:** Poderá haver alteração na sensibilidade da área tratada ou ao redor, por um período indeterminado de tempo, variável de paciente para paciente;
- **Edema:** Poderá haver inchaço na área tratada que, eventualmente, pode permanecer por dias e, menos frequentemente, por semanas;
- **Infecções:** Poderão ocorrer infecções decorrentes da contaminação por germes existentes na própria pele do paciente, que podem necessitar de tratamento com antibióticos e curativos.
- **Resultado "artificial":** Eventualmente, o resultado final poderá ficar com aparência "artificial". Todavia, o critério para tal avaliação é de cunho subjetivo, não havendo parâmetros fixos para a sua determinação.

2.2. Os riscos e complicações acima listados são normais e têm rápida recuperação. Caso persistam por tempo prolongado ou em casos de dor acentuada, o médico assistente deverá ser consultado.

3. Das contraindicações:

3.1. Estou ciente de que o tratamento está contraindicado em caso de:

- Pacientes com hipersensibilidade ao ácido hialurônico e/ou lidocaína;
- Pacientes com infecções na pele no local da aplicação;
- Pacientes com alergia conhecida ou sensibilidade a biomateriais de plástico;
- Pacientes com epilepsia não controlada;
- Pacientes com obesidade;
- Pacientes com implantes no local da aplicação;
- Pacientes com doenças crônicas em atividade;



Dr. Ferrer Pardo
Cirurgia Plástica

Dr. Vicente Ferrer Pardo Jiménez
Cirurgião Plástico

*Formado pela Faculdade de Medicina da USP - RP - CRM 63.872
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
Membro Titular da International Society of Aesthetic Surgery
Membro da Soc. dos Cirurgiões Plásticos Latinos - USA e Canadá
Membro da Federação Ibero Latino Americana de Cirurgia Plástica
Membro da Inter. Conf. for Plastic Reconstructive Aesthetic Surgery*

- Pacientes que possuem acne e herpes em atividade;
- Pacientes gestantes ou lactantes;
- Pacientes com desordens neurológicas;
- Pacientes com hipersensibilidade prévia a qualquer ingrediente contido no produto;
- Pacientes alérgicos à albumina (clara de ovo);
- Pacientes portadores de doenças autoimunes (lúpus sistêmicos, artrite reumatoide, esclerodermia, vírus HIV, etc.);
- Pacientes em uso de antibióticos do tipo spectinomina ou aminoglicosídeos.

3.2. Serão analisadas, individualmente, situações como a faixa etária do paciente, transtornos psicológicos, patologias prévias e uso de determinados medicamentos.

4. Dos cuidados ANTES do procedimento:

- Responder com honestidade à ficha de anamnese;
- Não utilizar nenhum produto tópico na região tratada no dia do procedimento;
- Evitar bebidas alcoólicas na véspera, conforme orientação médica;
- Não utilizar ácido noturno um dia antes e no dia do procedimento, conforme orientação médica;
- Informar o uso de medicamentos com ácido acetil salicílico;
- Informar preenchimentos prévios;
- Informar tratamentos para trombozes e varizes;
- Não utilizar medicamentos anticoagulantes na semana anterior ao tratamento, conforme orientação médica;
- Usar filtro solar, conforme orientação médica.

5. Dos cuidados APÓS o procedimento:

- Seguir rigorosamente a orientação médica;
- Evitar exposição solar, frio e calor extremos;
- Não massagear a área tratada, durante o tempo orientado pelo médico responsável;
- Usar filtro solar;
- Manter os curativos, quando necessários, por 05 dias;
- Não deitar sobre a área tratada por 12 horas;
- Evitar movimentos bruscos, que traumatizem o local da aplicação;
- Ter cautela ao utilizar medicamentos tópicos, obedecendo orientação médica.

6. Do compromisso com o tratamento:

6.1. Comprometo-me a seguir à risca todas as orientações prestadas pelo profissional, adotando todos os cuidados anteriores e posteriores ao tratamento, tendo sido cientificado de que qualquer omissão ou desídia quanto aos cuidados poderão me trazer prejuízos, comprometendo o resultado e podendo, inclusive, causar sequelas e acarretar danos à minha saúde.

6.2. Estou ciente de que o sucesso do tratamento não depende exclusivamente da atuação do profissional. Para tanto, devo fazer minha parte, seguindo todas as recomendações passadas pelo mesmo.

6.3. Estou ciente de que devo comparecer às consultas previamente agendadas, sendo de minha inteira responsabilidade o não comparecimento nas mesmas e suas consequências.

6.4. A duração do tratamento depende da região a ser tratada. Poderá ser considerado como 04 semanas para hidratação de pele, e de 06 à 18 meses para produtos de preenchimento e revolumização. O pagamento contempla uma aplicação e eventual reaplicação, caso seja feita em tempo inferior à 01 mês.

7. Da inexistência de promessa de resultado:

7.1. Estou ciente de que o grau de resultado não pode ser previsto ou garantido pelo profissional, pois isso depende da reação fisiológica de cada paciente. Sendo assim, o bom resultado, embora almejado, não pode ser garantido em sua totalidade, devido à capacidade reacional de cada indivíduo.

7.2. O profissional se compromete em empregar todos os meios disponíveis, bem como a melhor técnica, em busca do melhor resultado possível.

7.3. Estou ciente de que poderão haver alterações subsequentes no corpo devido ao processo natural de envelhecimento, gestação, perda ou ganho de peso, força da gravidade e demais fatores normais do cotidiano, que podem alterar o resultado obtido com o tratamento e que não há como prever o tempo de duração dos resultados.



Dr. Ferrer Pardo
Cirurgia Plástica

Dr. Vicente Ferrer Pardo Jiménez
Cirurgião Plástico

*Formado pela Faculdade de Medicina da USP - RP - CRM 63.872
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
Membro Titular da International Society of Aesthetic Surgery
Membro da Soc. dos Cirurgiões Plásticos Latinos - USA e Canadá
Membro da Federação Ibero Latino Americana de Cirurgia Plástica
Membro da Inter. Conf. for Plastic Reconstructive Aesthetic Surgery*

8. Do compartilhamento de dados:

8.1. Declaro ter recebido explicações suficientes acerca da necessidade e importância do compartilhamento dos meus dados sensíveis, a fim de possibilitar um melhor tratamento clínico, procedimental e cirúrgico do meu caso.

8.2. Assim sendo, autorizo, na forma do art. 11 da Lei nº 13.709/2018 (LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados), que o médico compartilhe os meus dados com quem julgar necessário, a fim de possibilitar o meu tratamento.

9. Da autorização para uso da imagem:

Estou de acordo que sejam tiradas fotos das regiões a serem tratadas, antes e depois do tratamento, podendo estas serem publicadas em trabalhos científicos, congressos, revistas, jornais, livros e em outros meios, numa visão geral, **desde que resguardado o sigilo de minha identidade.**

10. Das Considerações Finais:

10.1. Declaro ter sido informado e esclarecido, tendo compreendido todas as informações que me foram pessoalmente prestadas pelo profissional, de forma oral e por escrito, confirmando que me foi dada a oportunidade para fazer questionamentos e esclarecer dúvidas.

10.2. Declaro, ainda, que estou ciente do propósito do tratamento, que seus benefícios são limitados e dependentes de fatores já mencionados e que sempre haverá riscos de complicações, como em qualquer tratamento estético.

10.3. O procedimento não é indicado em caso de impossibilidade técnica de se alcançar o resultado almejado ou de expectativa irreal do paciente.

10.4. Sendo assim, aceito os riscos e possíveis complicações inerentes ao tratamento, desejando, por minha livre e esclarecida vontade, submeter-me ao mesmo.

10.5. Declaro, em prontuário, que são verdadeiras as informações prestadas na ficha de anamnese sobre uso de drogas (orais ou por outras vias), alergias, tabagismo, álcool e outras informações que sejam importantes. **Se fumante, fui esclarecido sobre as complicações e dificuldades decorrentes deste fato.**

10.6. Tenho conhecimento de que qualquer omissão da minha parte poderá me trazer prejuízos e comprometer o tratamento a que me submeto, podendo, inclusive, acarretar danos à minha saúde.

10.7. Declaro, por fim, ter lido e compreendido todos os itens contidos no presente documento, bem como ter com eles integralmente concordado, e **expresso o meu consentimento livre e esclarecido para realização do tratamento proposto.**

_____, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do paciente ou responsável

TESTEMUNHAS:

TESTEMUNHA: _____

CPF: _____

ASSINATURA: _____

TESTEMUNHA: _____

CPF: _____

ASSINATURA: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



PREENCHIMENTO E REVOLUMIZAÇÃO COM ÁCIDO HIALURÔNICO INJETÁVEL

1) IDENTIFICAÇÃO DO(A) PACIENTE (ou de seu representante legal)

NOME: _____ IDADE: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: () _____ - _____ CPF: _____ RG: _____

CIDADE: _____ CEP: _____ UF: _____

2) INFORMAÇÕES GENÉRICAS: O ácido hialurônico é encontrado em todos os seres humanos, animais e em plantas. Os produtos utilizados para harmonizar o volume facial, ou preencher sulcos, são resultantes de fermentação biológica, sendo altamente purificados e hipoalergênicos.

3) INDICAÇÕES: Para melhorar a hidratação da pele, preencher sulcos faciais e readequar volumes faciais.

4) MODO DE AÇÃO: O produto é injetado por meio de seringa e agulha estéreis, em profundidade adequada, na pele, aumentando o turgor da pele e/ou o volume da face.

5) MODO DE APLICAÇÃO E APARÊNCIA: O gel contendo o ácido hialurônico é um gel transparente e vem já envasado na seringa, em blister, já próprio para uso. O produto é aplicado diretamente no local desejado, após assepsia.

6) CUIDADOS NECESSÁRIOS:

- Não massagear os locais de aplicação
- Uso de protetor solar é recomendado
- Manter os curativos, quando necessário por 5 dias
- Não deitar por sobre a área tratada por 12 horas.

7) EFEITOS COLATERAIS E RISCOS: como todo procedimento injetável podem ser observadas equimoses no local na punctura e edemas de pequena monta podem ocorrer. Todos os efeitos são temporários. EMBORA INFREQUENTES, podem ser observados:

- Equimoses
- Edemas
- Vermelhidão.

Os seguintes fatores devem ser fielmente comunicados ao seu médico, antes de você submeter-se ao procedimento:

- Uso de medicamentos com ácido acetil salicílico;
- Preenchimentos prévios;
- tratamentos para trombozes e varizes.

8) DURAÇÃO DO EFEITO: a duração do tratamento é dependente da região a ser tratada e das características do produto. De uma maneira geral a visualização do resultado pode ser considerado como 4 semanas para hidratação da pele, e de 6 meses a 18 meses para produtos de preenchimento e revolumização. Cada pagamento contempla somente uma aplicação e uma eventual reaplicação, caso esta seja feita em tempo inferior a um mês.

DECLARO QUE LI E ENTENDI as informações acima, e que antes de aceitar o tratamento de *PREENCHIMENTO COM ÁCIDO HIALURÔNICO*, tive a oportunidade suficiente para discutir e questionar sobre o mesmo, esclarecendo minhas dúvidas. Autorizo, também, que sejam feitas fotografias minhas para análise comparativa do resultado obtido, bem como para uso legal e científico. Comprometo-me a seguir, rigorosamente, todos os cuidados prescritos por meu médico, especialmente evitando me expor ao sol e às radiações ultravioletas em geral.

Tenho consciência de que o bom resultado final também depende de mim.

DO CONSENTIMENTO:

De posse de todas as informações necessárias, EU,, declaro que li e entendi as informações acima, e que antes de optar pelo uso do produto, tive oportunidade suficiente para discutir e questionar sobre ele. Assim, dou meu consentimento para que o(a) Dr.(a), e sua equipe, realizem em mim o *PREENCHIMENTO COM ÁCIDO HIALURÔNICO*, acima mencionado, bem como os cuidados e tratamentos médicos necessários, dele decorrentes.

Observações:

.....

Local: Data:

.....
Assinatura (pcte.)

Testemunha 1. CPF ou RG:
(nome)

Testemunha 2. CPF ou RG
(nome)