

**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA
PROCEDIMENTO DE PREENCHIMENTO COM ÁCIDO HIALURÔNICO**

Produto utilizado: _____

PACIENTE

Nome: _____

Identidade: _____; **CPF:** _____; **Idade:**

Responsável (se menor ou incapaz): _____

CPF: _____

NOME _____ **DO(A)** _____ **MÉDICO(A):**

CRM/GO: _____

Membro especialista como titular pela Sociedade Brasileira De Dermatologia Profissional credenciado sob o RQE nº _____

Por determinação explícita de minha vontade ou de meu representante legal, por este termo, **autorizo** o(a) médico(a) acima indicado e todos os demais profissionais a ele(a) vinculados neste ato, a realizar o procedimento **DE PREENCHIMENTO COM ÁCIDO HIALURÔNICO** em minha pessoa, bem como outros cuidados e tratamentos terapêuticos necessários ao melhor resultado do procedimento indicado.

Declaro que fui devidamente informado(a), quanto aos seguintes aspectos do tratamento/procedimento:

1. O Ácido Hialurônico está presente em nosso organismo, com a finalidade de preencher os espaços entre as células da pele, dando-lhe um aspecto firme, liso e elástico. Com o passar dos anos, o organismo diminui gradativamente a produção dessa substância, sendo praticamente uma equação em que a quantidade de ácido hialurônico é inversamente proporcional à idade da pessoa.
2. O preenchimento com ácido hialurônico representa **uma alternativa no tratamento do envelhecimento facial** e tem sido utilizado no preenchimento de partes

moles, para **corrigir/amenizar depressões, rugas estáticas** (evidentes até mesmo quando o rosto está em repouso), **sulcos, cicatrizes superficiais e aumentar o volume dos lábios**. Sua aplicação ameniza as características do envelhecimento cutâneo de maneira segura e pontual, repondo o volume perdido ao longo dos anos;

3. O ácido hialurônico é aplicado através de uma cânula ou agulha de ponta atraumática;

4. Trata-se de procedimento **pouco invasivo**, realizado por meio de injeções intradérmicas ou subdérmicas (através e por baixo da pele) com a introdução do ácido hialurônico, promovendo uma **correção temporária** das imperfeições;

5. O material é estéril, armazenado em seringas, por isso algumas vezes, dependendo do local que será tratado, poderá ser necessário o uso de mais de uma seringa, e a critério médico deverá ser decidido se será feito em uma ou mais sessões;

6. É importante mencionar que o ácido hialurônico é **reabsorvido pelo organismo com o passar do tempo** e, portanto, a correção não é permanente. O material é reabsorvido entre 09 e 18 meses, dependendo da área tratada, do volume que foi utilizado e de acordo com as características individuais de cada paciente e de acordo com as características do produto utilizado, podendo ser reaplicado quando necessário e de acordo com orientação médica;

7. O procedimento é pouco doloroso (intensidade varia de acordo com o limiar de tolerância de cada paciente), pouco invasivo e pode ser associado a outros procedimentos;

8. Eu compreendo que existe a possibilidade de alguns efeitos adversos previsíveis e de curta duração, tais como **vermelhidão** e com um pouco de inchaço, **edema e hematomas, que, em sua maioria, são reversíveis**;

9. Conheço a possibilidade de ocorrência de necrose tecidual em decorrência de injeção intra-arterial derivada de furto genérico (como por exemplo, imperfeições anatômicas e fisiológicas), que podem causar necrose na área adjacente;

10. Há relatos na literatura médica de casos de perda da visão pela utilização de ácido hialurônico na região entre os olhos, conhecida como glabella. Isso pode ocorrer porque a glabella possui uma vascularização rica, e se o material injetado atingir a corrente sanguínea pode ser levado até o globo ocular, causando complicações oftalmológicas;

11. Outra reação adversa, também remota, é o surgimento de **granulomas (rejeição de corpo estranho, ou seja, rejeição ao produto preenchedor)**.

12. Estou ciente de que o grau efetivo de melhora **não pode ser previsto ou garantido** pelo meu/minha médico(a), pois isso depende da reação individual de cada paciente ao tratamento;

CONTRAINDICACÕES:

Não podem fazer uso desse procedimento pessoas portadoras de infecções ativas (bacterianas, virais ou fúngicas) e submetidas a preenchimentos com metacrilato, silicone, Goretex, na área a ser tratada;

Entendo que devo informar meu/minha médico(a), em caso de histórico de doenças autoimune, histórico de quelóide, cicatrizes hipertróficas ou atróficas, lúpus, bem como doenças anteriores.

CUIDADOS PÓS-PROCEDIMENTO, RESULTADOS, CONTRAINDICACÕES, RISCOS E COMPLICAÇÕES:

Para fins de aumento das chances de **sucesso no procedimento**, assim como para que **sejam evitados danos à minha saúde:**

- a. **Estou ciente** de que não deverei realizar **nenhum tipo esforço físico**, que **não deverei ingerir bebidas alcoólicas**, por período **mínimo de 24 (vinte e quatro) horas**, e que não poderei fazer viagens aéreas (em virtude das variações de pressão atmosférica) pelo período de **3 (três) dias** após tratamento.
- b. **Fui avisado(a)** de que poderão ocorrer **hematomas** (derrame de sangue sob a pele), nos locais de aplicação das injeções intradérmicas, assim como outras reações visíveis, conforme descritas no item 8.
- c. **Estou ciente** que após a injeção do ácido hialurônico podem acontecer algumas reações como **inchaço, vermelhidão, dor, coceira, descoloração ou sensibilidade e assimetrias temporárias** no local do implante. Sei que essas reações, se ocorrerem, desaparecerão espontaneamente em até **15 (quinze) dias** após a injeção na pele e em uma semana após a injeção nos lábios (se houver hematoma).
- d. **Entendo** que, também, podem ocorrer alergias às pomadas e aos cremes utilizados, comumente, para o pré-procedimento, mesmo em pacientes sem história prévia deste tipo de reação alérgica.
- e. **Fui alertado(a)** de que se, após período maior do que 24h, permanecerem as reações adversas, o médico(a) deverá ser avisado imediatamente.

- f. **Estou ciente** de que não devo expor a área tratada a calor ou frio intenso (como por exemplo saunas e câmaras frigoríficas), até que o inchaço e a vermelhidão tenham desaparecido completamente.
- g. **Também fui aconselhado a evitar exposição solar, sauna, praia, piscina**, a fim de evitar complicações em meu tratamento (como hiperpigmentação pós-inflamatória¹), e sobre a **necessidade de utilização de protetor solar no período do tratamento**.
- h. **Foi-me explicado que**, em um percentual pequeno dos pacientes, a injeção de ácido hialurônico poderá **não provocar o efeito esperado** ou **não durar o tempo estimado** pelo(a) médico(a).
- i. **Aceito que**, apesar de não ser um efeito colateral comum, poderá ocorrer **dor pós-procedimento, no local tratado**, em maior ou menor grau de intensidade, por um **período de tempo indeterminado e variável**, de acordo com as características específicas de cada paciente, não podendo ser previsto ou evitado com antecedência.
- j. **Compreendo** que **pequenas variações de peso** podem diminuir a quantidade de gordura na face, causando a impressão de que o implante durou menos tempo que o previsto. Em razão desse fato, registramos que, na data deste procedimento, o paciente abaixo assinado apresentava o peso de _____.
- k. **Tenho o conhecimento** de que esses riscos e complicações, algumas vezes, decorrem de fatores **imponderáveis e imprevisíveis**, tais como reações orgânicas intrínsecas e individuais a cada paciente.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Eu entendo que tanto o(a) Médico(a) quanto sua equipe obrigam-se unicamente a usar todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o resultado desejado, tanto quanto ao percentual de melhora dos resultados atingidos.

Comprometo-me em cooperar **plenamente** com meu/minha médico(a), responsável por meu tratamento, **desde a consulta inicial até meu restabelecimento completo**, cumprindo todos meus deveres como paciente no contrato firmado.

Eu sei que devo aceitar e seguir todas as **determinações e orientações** que me forem indicadas (oralmente e/ou por escrito) por meu/minha médico(a), pois, em não

¹ O escurecimento da pele é decorrente do processo inflamatório, que altera a atividade dos melanócitos (células que produzem a melanina, pigmento que dá cor à pele), que aumentam a produção da melanina e a sua distribuição para as células da epiderme.

havendo colaboração de minha parte, **poderei comprometer o tratamento executado e o resultado final do procedimento, além de pôr em risco minha saúde e meu bem estar.**

Eu compreendo e aceito o fato de que o **tabagismo e doenças crônicas**, o uso de **medicamentos para emagrecer, antibióticos, álcool, drogas lícitas e ilícitas**, ainda que não impeçam a realização deste procedimento, **são fatores que podem desencadear complicações ou comprometer o resultado desejado.**

Declaro que não estou grávida, acaso seja paciente do sexo feminino.

Eu asseguro ter feito um **relato cuidadoso e fiel da minha história pessoal e familiar de saúde física e mental**, além de informar se possuo alguma **reação alérgica ou incomum a medicamentos** anteriormente utilizados, dentre outros componentes alergênicos.

Declaro que fui verdadeiro(a) quanto a possuir ou não alguma **doença sanguínea ou sistêmica, reações na pele, sangramento anormal, dificuldade de cicatrização, doenças imunológicas, doenças neurológicas** ou quaisquer outras condições relacionadas à minha saúde que possam comprometer o resultado do tratamento ou meu estado de saúde.

Compreendo, ainda, que deverei informar ao(a) meu/minha médico(a) todo e qualquer **medicamento/droga que esteja utilizando, seja ele legal ou ilegal, alopático, homeopático ou fitoterápico.**

Portanto, **entendo** que eventuais **omissões ou falhas nas informações a mim solicitadas pelo(a) médico(a) podem resultar em significantes complicações de meu tratamento ou meu estado de saúde, dos quais serei responsável em decorrência da minha omissão.**

Entendo que melhores resultados de rejuvenescimento são obtidos por meio da associação de diversos tratamentos, entre eles toxina botulínica, laser fracionado de CO2, e tratamentos da pele.

Declaro que nada omiti em relação à minha saúde e que esta declaração **passa a fazer parte da minha ficha clínica.**

CONCORDO E COMPROMETO-ME, também, em retornar ao consultório médico, no período indicado pelo(a) meu/minha médico(a), para controle e instruções - ainda que resida em cidade distinta da que foi realizada o procedimento, e informar, **de imediato**, qualquer circunstância nova que possa ser divergente das orientações e

informações recebidas, sob pena de limitar o sucesso do procedimento médico a que fui submetido.

Eu autorizo o registro por meio de fotos, sons, imagens, dentre outras formas, do(s) procedimento(s) necessários e seu(s) resultado(s), por compreender que tais registros, **além de serem uma exigência médico-legal**, ainda representam uma alternativa importante **para controle e acompanhamento do meu estado de saúde**.

EU AUTORIZO() **OU NÃO AUTORIZO**() a disponibilidade dos registros de meu tratamento para estudos com fins científicos, estando sempre preservada minha identidade.

Declaro, por último, que tive a oportunidade de **esclarecer todas as minhas dúvidas** relativas ao procedimento ao qual, voluntariamente, submetter-me-ei, que me foram informadas a **natureza e características do procedimento proposto, a finalidade**, bem como dos **resultados esperados**.

Também me foram informados os **possíveis riscos conhecidos, complicações e benefícios esperados** relativos ao tratamento proposto e as **formas alternativas de tratamento, incluindo o não-tratamento**, razão pela qual **atesto que com tais explicações e esclarecimentos estou plenamente satisfeito(a) e que compreendi e aceito me submeter ao(s) tratamento(s) proposto(s) e autorizo o(a) profissional abaixo designado(a) a realiza-lo(s) e, desta forma, eu aceito os riscos e possíveis complicações inerentes ao mesmo**.

Estou ciente de que **poderei revogar o presente termo de consentimento a qualquer momento**, bastando para tanto que comunique minha decisão ao(a) meu/minha médico(a) e assine, conjuntamente com ele(a), o **Termo de Revogação** ou **Termo de Abandono de Tratamento**, que será disponibilizado no momento da declaração da vontade de não me submeter ao procedimento acima proposto.

E para que fique registrado o seu pleno consentimento em submeter-se ao procedimento acima descrito, firma o presente documento em 02 (duas) vias, as quais vão também assinadas por 02 (duas) testemunhas. Uma das vias será destinada ao(a) Médico(a) e a outra será entregue ao(a) paciente.

Goiânia/GO, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) paciente ou do(a) responsável legal

_____ CRM: _____

Assinatura do(a) Médico(a)

Testemunhas: 1. _____ RG: _____

2. _____ RG: _____