

# 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)