

Consentimento Informado Preenchimento e Revolumização com Ácido Hialurônico Injetável

Por este instrumento particular, o (a) paciente _____, ou seu responsável, Sr. (a) _____, portador da cédula de Identidade _____ e do CPF _____, data de nascimento _____, domiciliado na rua _____ nº _____, Bairro _____ Cidade _____

declara, para os fins legais, que dá plena autorização ao médico assistente, Dr. _____, para executar o tratamento/procedimento de Preenchimento e Revolumização com Ácido Hialurônico Injetável e todos os procedimentos relacionados, inclusive anestésias e outras condutas médicas que possa requerer, podendo valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. As ações propostas serão realizadas de acordo com os princípios éticos, a minimização de resultados insatisfatórios, ou não desejados, dentro de uma conduta adequada.

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.

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

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.

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.

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.

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.

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 e dadas todas as informações detalhadas sobre possibilidades de resultados, riscos e problemas inerentes ao procedimento cirúrgico. Autorizo, também, que sejam feitas fotografias e/ou vídeo minhas para análise comparativa do resultado obtido, bem como para uso legal e científico.

Assim, livremente e de espontânea vontade, assino o presente termo para a realização do procedimento e para os devidos efeitos legais. Tenho consciência de que o bom resultado final também depende de mim.

Obs.:

Joinville, ____ / ____ / ____.

Paciente ou responsável: _____

Testemunhas: _____

Dr. Marcelo Bertoli
CRM 5433 / RQE 1904
Diretor Técnico

Dr. Fabiano Mitsuhashi Yaguchi
CRM 20.455 / RQE 12002
Rua Plácido Gomes, 561 – Joinville/SC
47- 3433.4627 – 3433.9961 – 3433.4155
www.clinicabertoli.com.br