

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO -
PREENCHIMENTO FACIAL**

Eu, _____, tendo sido devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre o procedimento a que vou me submeter, autorizo o(a) Dr(a). _____ CRM _____ e sua equipe a realizar o procedimento de preenchimento facial na região _____, conforme descrito na Cláusula Segunda do contrato anexo.

Descrição Técnica do Procedimento:

O preenchimento facial tem por objetivo a melhora do aspecto da face, diminuindo rugas, sulcos e depressões decorrentes do processo natural de envelhecimento, redefinição do contorno facial, correção de assimetrias decorrentes de condições adquiridas ou congênitas.

O procedimento consiste na aplicação injetável de produto licenciado pela ANVISA (de longa duração ou de produtos absorvíveis como o ácido hialurônico e hidroxiapatita de cálcio) na região da em face de ser tratada.

Descrição dos Insucessos:

Em alguns casos é necessária nova abordagem de preenchimento, o que será avaliado pelo médico.

Descrição das Alternativas:

Este procedimento é indicado para os casos que não melhoraram com tratamento clínico (cremes dermatológicos).

Descrição de Complicações do Procedimento:

Desconforto e dor local

Poderá ocorrer desconforto e dor local durante e após o procedimento.

Infecção na área tratada

São raros os casos de infecção, mas podem ocorrer. Esta complicação é tratada com uso de antibióticos e curativos locais.

Edema

Pode ocorrer inchaço no local da aplicação

Hematoma

Pode ocorrer acúmulo de sangue no local da aplicação.

Isquemia e Necrose

Pode ocorrer, apesar de raramente, perda de pele/de tecido. Este fato deve-se a complicações inesperadas principalmente em fumantes.

Assimetria

Pode ocorrer entre os dois lados da face, porém, em geral, é discreta e corrigida com uma segunda aplicação ou "retoque".

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO -
PREENCHIMENTO FACIAL**

Reação Tardia

Eventualmente pode ocorrer inchaço e/ou edema depois de um tempo maior após o procedimento.

Declaro estar ciente de que não há garantias de resultado, pois este depende de fatores como minhas características fisiológicas, tais como: o biotipo de cada pessoa, índice de percentual de gordura corporal, condições clínicas pré-tratamento e pré-procedimento, da ausência de intercorrência durante o procedimento e da observação dos cuidados pós-operatórios;

Declaro que fui informado(a) a respeito dos riscos inerentes ao procedimento de preenchimento facial, bem como da importância de seguir rigorosamente as indicações do pós-procedimento;

Declaro ter consciência que o preenchimento facial não é aconselhável para menores de 18 anos, gestantes, lactantes, pacientes com hipersensibilidade a qualquer um dos componentes do produto. Pacientes com enfermidades que causam lesões, infecção ou sinais de inflamação nos locais de aplicação não devem ser submetidos a esse tratamento momentaneamente;

Declaro que informei ao médico assistente conhecer quaisquer doenças autoimunes, como doenças reumáticas ativas tipo lúpus eritematoso sistêmico e cutâneo;

Declaro que informei ao médico assistente o uso de quaisquer medicamentos e suplementos de vitamina de uso controlado, contínuo ou eventual utilizados nos 30 dias que antecedem o procedimento, bem como alergias, tabagismo, doenças, implantes prévios no local tratado e outras informações que sejam importantes;

Declaro que fui informado que na literatura médica há casos de pacientes com intoxicação da vitamina D, o que pode ser favorecido pelo processo inflamatório do procedimento, podendo ocasionar aumento de absorção de cálcio e suas consequências devido ao aumento de seu nível sérico;

Declaro estar ciente que há possibilidade de surgimento de nódulos palpáveis, não visíveis, bem como infecção na área tratada, sendo essa complicação tratada com uso de antibióticos e curativos locais.

Declaro estar ciente que há possibilidade de surgimento de telangiectasias (vasos/vasinhos) decorrente do volume de preenchimento implantado, assim como hematoma, que pode ocorrer por acúmulo de sangue no local da aplicação.

Declaro estar ciente que há possibilidade de isquemia e necrose, com a perda de pele/de tecido, sendo que essas complicações têm mais chance de ocorrer em fumantes.

Declaro estar ciente que pode ocorrer assimetria, entre os dois lados do rosto, porém, em geral, é discreta e corrigida com uma segunda aplicação ou "retoque".

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO -
PREENCHIMENTO FACIAL**

Declaro estar ciente que há casos, na literatura médica, de embolia pulmonar independente do produto utilizado.

Declaro não estar grávida.

Tenho conhecimento que qualquer omissão da minha parte poderá me trazer prejuízos, comprometer o procedimento a que me submeto e causar sequelas, além da possibilidade de acarretar danos à minha saúde.

Fui informado(a) que durante o procedimento podem ser necessários, a critério e de acordo com a avaliação do médico, procedimentos adicionais ou diferentes daqueles originalmente previstos.

Descrição da Anestesia:

Foi esclarecido(a), e eu entendi, que para a realização do procedimento haverá necessidade de submeter-me a anestesia local, e que exames prévios ao procedimento podem vir a ser solicitados pelo médico responsável pelo tratamento.

Condições Imprevisíveis:

Reconheço que durante o procedimento ou no período pós-procedimento, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e/ou seus assistentes a executarem esses atos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se a todas as condições que necessitarem de tratamento, e que não sejam do conhecimento do médico responsável pelo tratamento até o momento em que o procedimento for iniciado.

Declaro que tomei conhecimento que todo procedimento médico tem risco e confirmo que entendi todas as explicações que me foram fornecidas de forma clara e simples, tanto pelo médico responsável pelo tratamento como nas páginas 1, 2, 3 e 4 deste termo de consentimento, inclusive permitindo que eu realizasse perguntas e fizesse observações que eu considere pertinentes para entender o processo do procedimento ao qual estou me submetendo, não me restando dúvidas sobre o mesmo.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que o procedimento de **preenchimento facial** é a melhor indicação neste momento mediante minha queixa e quadro clínico e, voluntária e espontaneamente, autorizo a sua realização.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi todo o seu conteúdo.

Por decisão voluntária, em plena consciência e uso de minha autonomia, tomada após o processo informativo e deliberativo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido acima, com a devida compreensão dos fatos informados **consinto em ser fotografado(a)** antes, durante e após o tratamento para acompanhamento médico da evolução, bem como para fins científicos (publicação no meio científico em revistas ou livros).

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO -
PREENCHIMENTO FACIAL**

Espaço para uso do paciente caso tenha perguntas a serem feitas ao médico em relação ao tratamento a ser realizado:

Você está sendo convidado a participar, com o tratamento ora realizado, de Estudo de Casos para fins de trabalhos científicos. Caso concorde, de livre e espontânea vontade, autorize, por gentileza, preenchendo os campos abaixo com seus dados pessoais e rubricando ao lado.

Nome: CPF nº

____/____/____

Assinatura do paciente ou responsável

RG: _____

CPF: _____