

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO DE *GOLDINCISION*

Eu, _____, tendo sido devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre o procedimento a que vou me submeter, bem como do diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento, autorizo o Dr(a). _____, médico(a), inscrito(a) no CRM sob o n. _____ e a sua equipe a realizar o procedimento de *Goldincision*, conforme descrito na Cláusula Segunda do contrato anexo.

Goldincision é uma técnica para o tratamento da celulite em grau avançado. É realizada em pontos onde o paciente apresenta depressões na pele, que geralmente ocorrem em região de glúteos e coxas, revelando aquele aspecto indesejável de “casca de laranja”.

Nos graus mais severos da celulite - 3 e 4, nódulos e fibroses são característicos além de depressões. E, em muitos casos, o paciente pode inclusive apresentar dor.

O procedimento de *Goldincision* é realizado por profissional médico, com anestésico local. A técnica promove o descolamento e o rompimento das fibras, soltando a pele nos pontos acometidos pela celulite. Tem duração de em torno de 1 hora e é, comumente, associado a preenchimento nos pontos tratados de forma a deixar a superfície da pele mais homogênea, ao mesmo tempo que o produto preenchedor estimula a formação de colágeno.

Após o procedimento, a região poderá ficar dolorida e apresentará hematomas que deverão regredir, progressivamente, em torno de quatro a oito semanas, conforme resposta individual.

O procedimento exige atenção e cuidados para evitar o risco de infecção. O médico responsável pelo tratamento irá prescrever o uso de anti-inflamatório e antibiótico, via oral, por 3 a 5 dias. Conduta que deve ser rigorosamente seguida pelo paciente.

Dependendo de cada caso, de uma a três sessões de tratamento podem vir a ser necessárias.

Estou ciente que o tratamento não se limita ao procedimento ao qual estou me submetendo, que é fundamental para alcançar e manter um bom resultado que eu tenha uma alimentação saudável, evitando o consumo de gorduras, pratique exercícios físicos, beba bastante água regularmente, evite o fumo, entre outros hábitos nocivos à saúde, em geral.

Estou ciente que deverei retornar ao consultório para consulta de revisão, no dia determinado pelo médico, bem como informá-lo imediatamente sobre quaisquer alterações que porventura possam surgir.

Declaro ainda que fui informado(a) de todos os cuidados e orientações que devo seguir, após o procedimento.

Declaro estar ciente de que não há garantias de resultado, pois este depende de fatores tais como as minhas características fisiológicas, as minhas condições clínicas, assim como, a ausência de intercorrências durante o procedimento e a minha observação e disciplina quanto aos cuidados pós-procedimento.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO DE GOLDINCISION

Declaro que fui informado(a) suficientemente para entender o propósito deste procedimento, que seus benefícios são limitados e dependentes de fatores como os já mencionados e que sempre haverá o risco de complicações, como em qualquer procedimento médico, independente da sua extensão e/ou gravidade.

Declaro que fui informado(a) que poderá haver cicatriz como resultado do meu procedimento, que se procurará encobrir. Que poderá ocorrer desconforto, dor local, e inchaço (edema) durante, após e até tardiamente ao procedimento, além de alteração de sensibilidade e manchas, por um período de tempo variável, após o procedimento.

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/tecido, sendo que essas complicações têm mais chance de ocorrer em fumantes.

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

Declaro estar ciente que há possibilidade de surgimento de estrias na região tratada, surgimento vinculado às características fisiológicas do paciente e volume de preenchimento implantado.

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

Declaro que fui informado(a) que na literatura médica há casos de pacientes que fizeram intoxicação pela vitamina D e que esta intoxicação pode favorecida pelo processo inflamatório do procedimento, podendo ocasionar aumento de absorção de cálcio e suas consequências devido o aumento de seu nível sérico.

Declaro que fui informado(a) que na literatura médica há raros casos de pacientes que produzem uma reação inflamatória de corpo estranho mais severa, cursando com elevação dos níveis de cálcio no sangue e, eventualmente, comprometimento da função renal. Há possibilidade de haver uma relação entre risco e o volume administrado, recomendando-se moderação nesta decisão.

Ciente: _____

Declaro estar ciente que é de suma importância informar ao médico sobre o uso de medicamentos e drogas (orais ou por outra via), alergias, tabagismo, doenças crônicas, entre outras informações relevantes. Se fumante, fui esclarecido sobre possíveis complicações decorrentes.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO DE **GOLDINCISION**

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 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:

Fui 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 e 3 deste termo de consentimento, inclusive permitindo que eu realizasse perguntas e fizesse observações que eu considerarei 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 *Goldicision* é a melhor indicação neste momento, mediante minha queixa e quadro clínico e, voluntária e espontaneamente, autorizo a sua realização.

Certifico que recebi todas as informações contidas neste documento, 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).

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

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO DE
GOLDINCISION**

Você está sendo convidado(a) 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:_____