

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

PROCEDIMENTO: TRATAMENTO DE RUGAS COM TOXINA BOTULÍNICA

PACIENTE

Nome: _____ Idade: _____

Identidade: _____ CPF: _____

Responsável (se menor): _____ CPF: _____

Grau de parentesco ou relação : _____

Endereço _____ cidade: _____; UF _____

NOME DO(A) MÉDICO(A): _____

CRM-GO: _____

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

MARCA DA TOXINA BOTULÍNICA APLICADA: Botox [] / Dysport [] / Prosigne [] / Xeomin

[] outra: _____

Lote: _____ Validade: _____

ÁREA DE TRATAMENTO:

- | | |
|---|---|
| · Frontais (testa): [] | · Perioculares (ao redor dos olhos): [] |
| · Glabella (entre as sobrancelhas): [] | · Próceros (músculo entre o nariz e a testa): [] |
| · Bunny Line (linha do nariz): [] | · Masseter (mandíbula): [] |
| · Depressor do ângulo da boca: [] | · Elevador da asa nasal: [] |
| · Platismas (músculos do pescoço): [] | · Mentonianos (músculos do queixo): [] |
| | · Perioral (músculos labiais): [] |

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 para **TRATAMENTO DE RUGAS COM TOXINA BOTULÍNICA** 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:

- a) Trata-se de procedimento **pouco invasivo**, com a finalidade de **amenizar** ou **prevenir rugas de expressão**, realizado por meio de injeções intradérmicas e subdérmicas (através e por baixo da pele) da **toxina botulínica**, promovendo uma **correção temporária** das imperfeições;
- b) O procedimento é pouco doloroso (intensidade varia de acordo com o limiar de tolerância de cada paciente), e pode ser associado a outros procedimentos;
- c) Quando pequenas concentrações de toxina botulínica, na diluição padrão, são **injetadas em um músculo**, ocorre o enfraquecimento ou, até mesmo, a **paralisia temporária e gradual do músculo** tratado. O processo de paralização do músculo tratado inicia-se **entre o terceiro e o quinto dia posterior** à aplicação da toxina botulínica, e alcança seu **efeito máximo** em até 02 (duas) semanas, **com média de duração de 04 (quatro) meses**, podendo esse tempo ser maior ou menor de acordo com a resposta individual de cada paciente;
- d) A atenuação das rugas é decorrente de uma paralisia total ou parcial, e temporária, no(s) músculo(s) no(s) qual(is) houve a injeção de toxina botulínica, em razão da diminuição da força da musculatura da área tratada;
- e) A melhor indicação da toxina botulínica é para **rugos dinâmicas**, que são aquelas evidenciadas e notadas durante o **movimento dos músculos da face**. Já as rugas estáticas, quando a face está em repouso, dificilmente serão tratadas com sucesso, havendo apenas uma melhora parcial e discreta dessas;
- f) Estou ciente de que o grau efetivo de melhora **não pode ser previsto ou garantido** pelo meu médico(a), pois isso depende da reação individual de cada paciente ao tratamento.
- g) Compreendo que, da mesma forma que a paralização muscular acontecerá de forma gradual, a perda do efeito também se dará de forma progressiva, até a perda total do efeito da toxina botulínica aplicada, quando os músculos retomarão seu movimento natural no local tratado.

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

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

1. **Estou ciente** da necessidade de não me abaixar (devendo manter a cabeça em **posição vertical**), por um período mínimo de **04 (quatro) horas, após** a aplicação da toxina botulínica, bem como de que não deverei realizar **nenhum tipo esforço físico**, por período **mínimo de 24 (vinte e quatro) horas**, e de que **não deverei ingerir bebidas alcoólicas**;
2. Fui informado de que não manipular (**estimular, massagear ou coçar**) a área tratada;
3. **Entendo** que deverei **evitar a mastigação de alimentos duros** por, pelo menos, **06 (seis) horas** após a aplicação da toxina botulínica (principalmente, quando se tratar de injeção no músculo do masseter, localizado na porção lateral da mandíbula);
4. **Fui informado(a)** de que o tratamento de rugas faciais com a toxina botulínica pode causar a **queda temporária da pálpebra superior**, e ocorre em, aproximadamente, 2% (dois por cento) dos pacientes tratados. Esse efeito pode durar, de 03 (três) a 04 (quatro) meses, e é reversível;
5. **Também fui aconselhado(a) a evitar exposição solar**, para evitar complicações em meu

tratamento (como hiperpigmentação pós-inflamatória¹), e sobre a **necessidade de utilização de protetor solar no período do tratamento;**

6. **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;

7. **Foi-me explicado que**, em um percentual pequeno dos pacientes, a injeção da toxina botulínica poderá **não provocar o efeito esperado** ou **não durar o tempo estimado** pelo(a) médico(a);

8. **Aceito que**, apesar de não ser um efeito colateral comum, poderá ocorrer **dor pós-procedimento, por exemplo, cefaleia (dor de cabeça) ou dor no local das injeções**, 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;

9. **Eu compreendo** que existe a possibilidade de alguns efeitos adversos previsíveis e de curta duração, tais como **vermelhidão** e com um pouco de **intumescimento (inchaço, edema), descoloração da pele, que, em sua maioria, são reversíveis**. **Estou ciente**, também, de que a área tratada poderá apresentar **hematomas** (derrame de sangue sob a pele), **assimetrias temporárias**; que são variáveis de acordo com as características peculiares de cada paciente;

10. Há a possibilidade, mesmo que remota, de efeitos colaterais tais como formação de **cicatrices ou descoloração permanente**, e essas implicações me foram totalmente explicadas;

11. **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**;

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

CONTRAINDICAÇÕES:

Estou ciente de que não podem fazer uso de Toxina Botulínica pacientes em uso de espectinomomicina ou aminoglicosídeos, bloqueadores de canal de cálcio (verapamil, diltiazem, nifedipino, anlodipino, felodipino, isradipino, nimodipino, nisoldipino), ciclosporina e D-penicilamina, cloroquinas, grávidas, lactantes, pacientes com doenças neuromusculares, infecção ou inflamação no local de aplicação.

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

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

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

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.

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 no contrato firmado como paciente.

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 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.

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 meu/minha médico(a) todo e qualquer **medicamento/droga que esteja utilizando, seja ele legal ou ilegal, alopatóico, 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, laser fracionado de CO₂, tratamento de pele e reposição de volume facial, dentre outros.

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.

Autorizo o registro por meio de fotos, sons, imagens, dentre outras formas, do(s) procedimento(s) necessário(s) e seu(s) resultado(s), por compreender que tais registros são exigência médico-legal, e ainda representam uma alternativa importante **para controle e acompanhamento**

do meu tratamento e da evolução 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, _____ de _____ de _____.

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

CRM: _____

Assinatura do(a) Médico(a)

Testemunhas: 1. _____ **RG: _____**

2. _____ **RG: _____**