Consentimento — Fios Silhouette · para preenchimento em papel

Identificação

Nome completo

Data de nascimento ____ / ____ / ________

CPF

WhatsApp

As declarações gerais estão na anamnese obrigatória, sem repetição neste termo. A autorização de imagem é independente. Este documento trata somente do procedimento descrito. O plano, os produtos, as regiões e as orientações individuais precisam estar definidos e esclarecidos antes da confirmação.

Dispositivo e objetivo

Este modelo se refere ao Silhouette Soft, uma sutura absorvível com cones, distinta de fios de PDO. A proposta é reposicionar tecidos dentro das indicações do dispositivo identificado. Se o produto escolhido for outra variante, o documento deve ser revisto antes da emissão.

Alternativas e limites

Não realizar, adiar ou discutir outras abordagens são opções. A resposta e a duração variam; o procedimento não garante resultado equivalente a cirurgia nem simetria perfeita. A existência de estímulo tecidual não assegura uma melhora específica. Pode haver necessidade de ajuste ou tratamento de complicações.

Riscos específicos das suturas com cones

São possíveis dor temporária ou persistente, inchaço, hematomas, inflamação, infecção, ondulações ou depressões da pele, assimetrias e marcas no trajeto. Fios ou nós podem ficar palpáveis, migrar ou se exteriorizar. Também podem ocorrer reação ao material e lesão de nervos, com alterações de sensibilidade ou movimento. Riscos anestésicos devem ser explicados individualmente.

Cuidados após a implantação

Seguir as instruções escritas do modelo quanto a pressão, massagens, movimentos, esporte, posição para dormir e tratamentos estéticos ou odontológicos. Os prazos devem ser individualizados e compatíveis com as instruções do fabricante. Não manipular ou tentar remover o material. Manter o retorno e contato de intercorrências disponíveis.

Sinais de alerta

Dor crescente ou persistente, secreção, febre, vermelhidão que se espalha, fio exposto, assimetria acentuada ou alteração de movimento/sensibilidade exigem avaliação. Não tentar corrigir depressões em casa. Dificuldade respiratória, desmaio ou reação alérgica intensa são emergência. Em uma emergência, procure um pronto-socorro ou acione o SAMU pelo 192; não espere resposta da clínica por mensagem.

Decisão sobre o dispositivo descrito

Posso pedir esclarecimentos, adiar ou recusar o procedimento antes de sua realização e solicitar uma cópia deste documento. A confirmação e a assinatura dizem respeito somente ao plano descrito, após esclarecimento das dúvidas. Não autorizam divulgação de imagens nem outros procedimentos. Se ainda houver dúvida, devo conversar com a equipe antes de confirmar. A troca por outro tipo de fio precisa de nova explicação.

Perguntas

Qual resultado você espera e quais cuidados deseja esclarecer antes de decidir?

Qual dispositivo e quais regiões você entendeu que foram propostos?

Quais dúvidas ou observações sobre este procedimento você quer discutir antes de decidir?

Declaração e assinatura

Declaro que li este documento, que as respostas acima são verdadeiras e que comunicarei qualquer alteração antes do atendimento.

Assinatura da paciente

Local e data

Assinatura e carimbo da profissional

Data da revisão profissional

Modelo amj-termo-fios-silhouette-20261016 · versão para preenchimento em papel gerada a partir da biblioteca de documentos da clínica. A via assinada deve ser conferida e arquivada no prontuário.

Demonstração local com dados fictícios. Sem validade de documento clínico ou fiscal.