ANA MARIA JACOB
ESTÉTICA AVANÇADA

Consentimento — Preenchimento com ácido hialurônico · para preenchimento em papel

Identificação

Nome completo

Data de nascimento ____ / ____ / ________

CPF

WhatsApp

As declarações gerais são registradas na anamnese obrigatória. A autorização de imagem é independente e tem documento próprio.

1. FINALIDADE DO PROCEDIMENTO

Este procedimento tem finalidade exclusivamente estética. Não se destina ao tratamento de doença, não substitui acompanhamento médico e não possui finalidade terapêutica neste atendimento.

O preenchimento proposto destina-se à reposição de volume, à suavização de sulcos e ao equilíbrio estético do contorno facial, de acordo com a avaliação individual.

2. O QUE É E COMO É FEITO

O ácido hialurônico é uma substância semelhante a componentes existentes naturalmente no organismo. O preenchedor é aplicado sob a pele para repor volume, dar suporte a estruturas ou suavizar sulcos. O produto é absorvível e seu efeito diminui com o tempo.

A aplicação é realizada com agulha ou microcânula, após avaliação e assepsia da região. Anestésico tópico ou produto com anestésico poderá ser utilizado quando indicado. A escolha do produto, da técnica, do plano de aplicação e do volume cabe à profissional após avaliação individual.

Este termo se aplica exclusivamente a preenchedores absorvíveis à base de ácido hialurônico com registro regular na Anvisa. Não autoriza o uso de PMMA, silicone líquido, óleos, produtos permanentes ou substâncias sem regularização sanitária aplicável.

3. REGIÕES PRETENDIDAS E PLANO INDIVIDUAL

O formulário permite indicar as seguintes regiões: Lábios; Sulco nasogeniano; Olheiras / região infraorbital; Malar / maçã do rosto; Mento / queixo; Mandíbula / contorno; Têmporas; Sulco labiomentual; ou Outra.

As regiões marcadas, o objetivo informado e o detalhamento ou volume inicialmente previsto constam da seção individual. Essas informações registram a intenção do paciente e não constituem promessa, prescrição ou autorização automática de quantidade.

A definição final da região, do produto e marca, do lote, da validade, do número de registro na Anvisa, da técnica e do volume será feita pela profissional e deverá constar do registro do material aplicado.

4. RESULTADO ESPERADO, LIMITAÇÕES E AUSÊNCIA DE GARANTIA

Pode haver mudança perceptível logo após a aplicação, mas esse aspecto inicial não corresponde necessariamente ao resultado final, pois inchaço, sensibilidade, hematomas e assimetrias temporárias podem alterar a aparência.

O efeito é temporário e varia conforme o produto, a região, a quantidade aplicada, o metabolismo, a idade, hábitos e características individuais. A duração e o momento adequado para reavaliação devem ser confirmados pela profissional com base no produto efetivamente utilizado e em sua bula vigente.

O preenchimento repõe volume e modifica contornos. Ele pode não corrigir flacidez acentuada, manchas, textura, rugas finas ou todas as assimetrias. Pode ser necessária mais de uma sessão, após nova avaliação, com custos e riscos próprios.

Nenhum rosto é perfeitamente simétrico. Diferenças anteriores podem permanecer ou tornar-se mais perceptíveis. Imagens de outras pessoas são apenas referências e não constituem promessa de resultado igual.

Não há garantia de resultado estético específico. A profissional se compromete a empregar técnica, cuidado e materiais adequados. Esta informação não afasta direitos assegurados em lei nem exclui eventual responsabilidade profissional quando cabível.

5. ALTERNATIVAS

As alternativas incluem não realizar o procedimento, manter cuidados tópicos e proteção solar ou avaliar outros procedimentos estéticos ou cirúrgicos, cada qual com indicações, custos, benefícios e riscos próprios. A escolha de realizar o preenchimento deve ser livre e sem pressão.

6. RISCOS E EFEITOS ADVERSOS

Todo procedimento possui riscos. A ocorrência e a intensidade variam conforme o produto, a região, o volume, a técnica e as características individuais. A profissional confirmará as informações e advertências da bula atual do produto efetivamente utilizado antes da aplicação.

Podem ocorrer dor, ardência ou desconforto durante a aplicação; inchaço, vermelhidão, sensibilidade, coceira e hematomas; assimetria temporária ou persistente; endurecimento; irregularidades, saliências ou nódulos visíveis ou palpáveis; e resultado diferente do esperado.

Também podem ocorrer deslocamento ou migração do produto; efeito Tyndall, com coloração azulada quando o produto fica muito superficial; reativação de herpes; infecção; inflamação tardia; granuloma; biofilme de difícil tratamento; e reação de hipersensibilidade ao produto, à lidocaína ou a outro anestésico.

Nódulos, inflamações e irregularidades exigem avaliação profissional. A conduta pode incluir observação, tratamento clínico, hialuronidase ou outra intervenção, conforme a causa. Não massageie ou tente corrigir a região por conta própria.

Preenchedor permanente previamente aplicado pode aumentar riscos e precisa ser informado. A hialuronidase atua sobre ácido hialurônico e não dissolve materiais permanentes como PMMA ou silicone.

Podem ocorrer reação alérgica grave, inclusive anafilaxia, e oclusão vascular. A oclusão pode provocar necrose da pele, ferida, cicatriz permanente, perda parcial ou total e irreversível da visão e evento neurológico.

7. RISCO VASCULAR E SINAIS DE URGÊNCIA

A face possui artérias e outros vasos. A oclusão vascular pode ocorrer se o produto entrar em um vaso ou comprometer o fluxo sanguíneo. Esse evento pode acontecer mesmo quando são adotadas técnica adequada, avaliação cuidadosa e microcânula.

O risco varia conforme a região e sua anatomia vascular. A profissional deve avaliar a região pretendida, explicar o risco específico e decidir se o procedimento pode ser realizado com segurança.

ATENÇÃO: procure atendimento médico imediatamente se apresentar dor intensa e desproporcional, dor que aumenta, pele branca, pálida ou acinzentada, manchas arroxeadas em padrão de rede, bolhas, feridas, escurecimento da pele ou qualquer alteração visual, como visão embaçada ou dupla, perda de campo visual, dor no olho ou queda da pálpebra. Não espere para ver se melhora.

Nos sinais de urgência, especialmente qualquer alteração visual ou neurológica, procure imediatamente um pronto-socorro ou acione o Samu pelo número 192. Não aguarde resposta da clínica. Informe que realizou preenchimento com ácido hialurônico, a região e a data e, depois de buscar atendimento, comunique a clínica pelo número (31) 99584-4803.

A hialuronidase é uma enzima que dissolve o ácido hialurônico e pode ser necessária no manejo urgente de suspeita de oclusão vascular. O tratamento deve ser iniciado o mais rapidamente possível quando indicado. A própria hialuronidase pode provocar reação alérgica, inclusive grave.

Ao confirmar a ciência específica no formulário, o paciente declara compreender que, diante de suspeita de complicação, podem ser necessárias avaliação imediata, encaminhamento e medidas de urgência, inclusive hialuronidase quando clinicamente indicada para o produto utilizado. A ciência registrada não representa renúncia de direitos, não substitui a avaliação profissional e não dispensa o dever de informação, o registro da conduta e o encaminhamento médico quando necessário.

8. CONFIRMAÇÃO DE SEGURANÇA ESPECÍFICA

As perguntas do questionário de saúde anexo são específicas para a avaliação do preenchimento facial. Elas não substituem a ficha de anamnese geral da clínica, que permanece um documento separado e necessário.

O questionário completo é apresentado para preenchimento na seção “Confirmação de segurança específica” do formulário. Todas as perguntas, respostas e explicações são incluídas na cópia digital, como parte integrante deste documento.

As respostas e explicações individuais constam da seção individual deste documento. O paciente declara ter respondido com sinceridade e se compromete a comunicar qualquer alteração de saúde, medicamento, alergia, vacinação, procedimento odontológico ou procedimento estético antes da aplicação.

Qualquer resposta de atenção exige revisão da profissional. O envio do formulário não representa liberação automática para o procedimento.

9. ORIENTAÇÕES ANTES E DEPOIS

Não suspenda medicamentos prescritos, anticoagulantes ou antiagregantes por conta própria. Informe todos os medicamentos, suplementos, alergias, infecções, febre, herpes, lesões de pele, vacinação recente ou prevista e procedimentos odontológicos recentes ou planejados.

Antes e depois do atendimento, siga somente as orientações individualizadas fornecidas pela profissional para o produto e a região tratados. Elas podem abranger higiene, maquiagem, compressa, posição para dormir, exercício, calor, sol, massagem, procedimentos faciais, vacinação, atendimento odontológico e retorno.

Não massageie, aperte, aqueça ou tente corrigir a região sem orientação. Procure a clínica diante de sintoma inesperado. Nos sinais descritos na seção 7, procure atendimento médico imediatamente.

10. REGISTRO DO MATERIAL APLICADO

Esta seção é exclusiva da profissional e será preenchida a cada sessão: data; produto e marca; lote; validade; número de registro na Anvisa; região; volume em mililitros; agulha ou cânula; intercorrências e conduta; e identificação e assinatura profissional.

Se houver uso de hialuronidase, também devem ser registrados produto, lote, validade, volume ou quantidade aplicada, motivo e conduta adotada.

O registro profissional ainda não preenchido ou assinado mantém este documento no estado “aguardando revisão profissional”.

11. DIREITO DE RECUSAR OU RETIRAR O CONSENTIMENTO

O paciente pode recusar ou desistir do procedimento antes da aplicação, sem precisar justificar e sem represália ou prejuízo no atendimento.

Depois da aplicação, o procedimento realizado não pode ser simplesmente desfeito. A hialuronidase poderá ser considerada para ácido hialurônico quando indicada, mas constitui nova intervenção, com avaliação, riscos e registro próprios.

12. DECLARAÇÃO FINAL

Ao enviar este documento, o paciente declara que leu integralmente o termo; recebeu informação sobre finalidade, forma de realização, benefícios esperados, limitações, alternativas, riscos e efeitos adversos; compreendeu especificamente o risco de oclusão vascular, necrose, cicatriz permanente, perda irreversível da visão e evento neurológico; teve oportunidade de registrar dúvidas; respondeu com sinceridade ao questionário específico deste procedimento; e manifesta vontade livre de prosseguir para a avaliação profissional.

O paciente compreende que o envio eletrônico é uma manifestação inicial documentada e que, antes da aplicação, a profissional deve revisar as respostas, esclarecer dúvidas, confirmar o produto e sua regularização, confirmar o consentimento e completar o registro e a assinatura profissional.

Uma cópia digital deste envio será disponibilizada imediatamente. O documento clínico completo dependerá da revisão e do registro profissional no atendimento.

Perguntas

Regiões pretendidas para avaliação (obrigatória)

Objetivo e expectativas do procedimento (obrigatória)

Mudanças de saúde desde o preenchimento da anamnese

Dúvidas para esclarecer com a profissional

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-preenchimento-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.