ANA MARIA JACOB
ESTÉTICA AVANÇADA

Consentimento — Preenchimento Facial Full Face · 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.

Plano facial individual

Neste documento, Full Face significa um plano de preenchimento com ácido hialurônico em regiões faciais expressamente identificadas. Não significa aplicação em toda a face. Cada região, produto e finalidade devem ser discutidos e registrados; outras substâncias, toxina, fios ou cirurgia exigem avaliação e consentimentos próprios.

Alternativas e limites

Posso escolher não tratar, adiar, limitar o plano a menos regiões ou discutir outras abordagens. Os resultados dependem da anatomia e da resposta individual. Não há garantia de simetria, rejuvenescimento determinado, duração fixa ou resultado idêntico a imagens. Tratar várias regiões pode exigir etapas e acompanhamento; o nome Full Face não elimina riscos de cada local.

Riscos do preenchimento

Podem ocorrer hematomas, inchaço, vermelhidão, dor, irregularidades, assimetria, nódulos, alteração de sensibilidade ou cor, infecção, reação alérgica e inflamação tardia. O produto pode deslocar-se ou exigir correção. A obstrução de vasos pode provocar necrose, cicatrizes, perda visual ou cegueira e acidente vascular cerebral. A possibilidade de remoção ou redução depende do material e não garante recuperação completa.

Cuidados do plano combinado

Seguir as orientações individuais de cada região e produto, inclusive higiene e restrições temporárias de pressão, calor, exercícios e outros tratamentos. Não massagear ou tentar corrigir áreas sem orientação. Guardar a identificação dos produtos e comparecer às revisões. Não interromper medicações por conta própria.

Sinais de alerta

Alteração visual, dor fora do esperado, mudança importante de cor da pele, fraqueza ou dificuldade súbita de fala exigem assistência imediata. Falta de ar ou inchaço rápido de língua/garganta são emergência. Febre, secreção, vermelhidão que se espalha ou nódulos dolorosos precisam de avaliação, inclusive quando surgem depois da recuperação inicial. Em uma emergência, procure um pronto-socorro ou acione o SAMU pelo 192; não espere resposta da clínica por mensagem.

Consentimento limitado às regiões descritas

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 inclusão posterior de uma região ou de outro procedimento deve ser novamente discutida.

Perguntas

Qual é sua prioridade no plano facial e o que você não deseja modificar?

Quais regiões e mudanças do plano Full Face você entendeu que serão realizadas?

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-full-face-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.