

**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-RN: \_\_\_\_\_

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): [ ]          |
| - Glabela (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 **rugas 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-inflamatória<sup>1</sup>), 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 espectinomicina 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

<sup>1</sup> 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.



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 quelóide, 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 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, alopático, 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 CO<sub>2</sub>, 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, submeti-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.

Natal/RN, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do(a) paciente ou do(a) responsável legal**

CRM: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do(a) Médico(a)**



**Testemunhas:** 1. \_\_\_\_\_ **RG:** \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ **RG:** \_\_\_\_\_