

PREENCHIMENTO E REVOLUMIZAÇÃO COM ÁCIDO HIALURÔNICO INJETÁVEL

1) IDENTIFICAÇÃO DO(A) PACIENTE (ou de seu representante legal) NOME: _____
IDADE: _____ ENDEREÇO: _____ TELEFONE: () _____ - _____
CPF: _____ RG: _____ CIDADE: _____ CEP: _____ UF: _____

2) INFORMAÇÕES GENÉRICAS: O ácido hialurônico é encontrado em todos os seres humanos, animais e em plantas. Os produtos utilizados para harmonizar o volume facial, ou preencher sulcos, são resultantes de fermentação biológica, sendo altamente purificados e hipoalergênicos.

3) INDICAÇÕES: Para melhorar a hidratação da pele, preencher sulcos faciais e readequar volumes faciais.

4) MODO DE AÇÃO: O produto é injetado por meio de seringa e agulha estéreis, em profundidade adequada, na pele, aumentando o turgor da pele e/ou o volume da face.

5) MODO DE APLICAÇÃO E APARÊNCIA: O gel contendo o ácido hialurônico é um gel transparente e vem já envasado na seringa, em blister, já próprio para uso. O produto é aplicado diretamente no local desejado, após assepsia.

6) CUIDADOS NECESSÁRIOS:

- Não massagear os locais de aplicação
- Uso de protetor solar é recomendado
- Manter os curativos, quando necessário por 5 dias
- Não deitar por sobre a área tratada por 12 horas.

7) EFEITOS COLATERAIS E RISCOS: como todo procedimento injetável podem ser observadas equimoses no local na punctura e edemas de pequena monta podem ocorrer. Todos os efeitos são temporários. EMBORA INFREQUENTES, podem ser observados:

- Equimoses
- Edemas
- Vermelhidão.

Os seguintes fatores devem ser fielmente comunicados ao seu médico, antes de você submeter-se ao procedimento:

- Uso de medicamentos com ácido acetil salicílico;
- Preenchimentos prévios;
- tratamentos para trombozes e varizes.

8) DURAÇÃO DO EFEITO: a duração do tratamento é dependente da região a ser tratada e das características do produto. De uma maneira geral a visualização do resultado pode ser considerado como 4 semanas para hidratação da pele, e de 6 meses a 18 meses para produtos de preenchimento e revolumização. Cada pagamento contempla somente uma aplicação e uma eventual reaplicação, caso esta seja feita em tempo inferior a um mês.

DECLARO QUE LI E ENTENDI as informações acima, e que antes de aceitar o tratamento de *PREENCHIMENTO COM ÁCIDO HIALURÔNICO*, tive a oportunidade suficiente para discutir e questionar sobre o mesmo, esclarecendo minhas dúvidas. Autorizo, também, que sejam feitas fotografias minhas para análise comparativa do resultado obtido, bem como para uso legal e científico. Comprometo-me a seguir, rigorosamente, todos os cuidados prescritos por meu médico, especialmente evitando me expor ao sol e às radiações ultravioletas em geral.

Tenho consciência de que o bom resultado final também depende de mim.



DO CONSENTIMENTO:

De posse de todas as informações necessárias, EU,, declaro que li e entendi as informações acima, e que antes de optar pelo uso do produto, tive oportunidade suficiente para discutir e questionar sobre ele. Assim, dou meu consentimento para que o(a) Dr.(a), e sua equipe, realizem em mim o *PREENCHIMENTO COM ÁCIDO HIALURÔNICO*, acima mencionado, bem como os cuidados e tratamentos médicos necessários, dele decorrentes.

Observações:

Local: _____ **Data:** _____, _____, _____

(assinatura do(a) paciente)

Testemunha _____ **RG ou CPF:** _____

Testemunha _____ **RG ou CPF:** _____