

TERMO DE CONSENTIMENTO : CRIOFREQUENCIA

Paciente: _____

Identidade: _____ **CPF:** _____

1. Pelo presente termo, autorizo a realizar o procedimento denominado como CRIOFREQUENCIA bem como os cuidados e tratamentos dele decorrentes.
2. O procedimento acima referido, autorizado no parágrafo anterior, foi explicado a minha pessoa pelo médico designado através de consultas e orientação técnica. Entendo que através dessa sistemática foi-me dado esclarecimento suficiente para compreender e aceitar a ser submetido(a) ao presente tratamento estético de forma consciente e espontânea.
3. Os seguintes pontos foram especificadamente esclarecidos:

O BHS 156 CRIOFREQUENCIA é um equipamento que promove lipólise e estímulo de colágeno.

A resposta é individual. Não é possível garantir um número de sessões fixo, nem o percentual de melhora.

Foi esclarecido que uma alimentação balanceada e a realização de atividade física regularmente são importantes para o tratamento. É importante ressaltar que se trata de um procedimento para gordura localizada, e não para emagrecimento geral. Porém, o tratamento pode fazer parte de um programa de emagrecimento e melhora do contorno corporal.

4. Algum desconforto pode ocorrer durante e logo após a aplicação. No geral o procedimento é muito bem tolerado. As aplicações descritas são raras (0,1%) e geralmente transitórias. Pode ocorrer eritema (vermelhidão) ou pequenas bolhas.
5. Por estar consciente que a medicina não é uma ciência exata e que é impossível se prever os resultados em quaisquer práticas médicas, aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultados nos procedimentos, seja quanto ao percentual de melhora, seja em termos de idade aparente ou permanência dos resultados que forem atingidos.

Este tratamento não é invasivo e não substitui uma cirurgia plástica.

6. Autorizo o registro (foto, slides, imagem...) do(s) procedimento(s), por compreender que tal sistemática, além de ser uma exigência médico-legal, representa uma alternativa importante de esclarecimento das informações prestadas necessárias ao meu entendimento crítico das condutas propostas. Autorizo que as mesmas sejam exibidas em palestras, congressos e eventos científicos, contanto que a minha identidade seja preservada.

7. Entendo que o sedentarismo, e aumento de peso podem alterar o resultado do meu tratamento. Eu concordo em seguir as instruções e cuidados propostos pelo meu médico, e seguir com acompanhamento nutricional, ingerir no mínimo 2 litros de água por dia, fazer atividade física regularmente, evitar doces e frituras, se alimentar de 3 em 3 horas, utilizar cinta modeladora. No dia da sessão recomenda-se não ingerir adoçantes artificiais, açúcares, carboidratos e alimentos com alto índice glicêmico. Não é comum a gordura voltar espontaneamente. Como também ocorre na lipoaspiração tradicional, se o paciente ganhar peso, consequentemente poderá acumular gordura novamente na região, se esta for um local em que o paciente tenha predisposição para estocar gordura. Sabe-se hoje que existem alimentos que favorecem o acúmulo de gordura localizada, e estes devem ser evitados, de acordo com a avaliação nutricional.

8. **No caso de paciente do sexo feminino: Declaro que NÃO estou grávida.** E fui orientada sobre os riscos e precauções do tratamento proposto em vigência de uma gestação.

9. **Em clientes de ambos os sexos:** Declaro que NÃO sou portador de marca-passo, não tive diagnóstico de câncer nos últimos 5 (cinco) anos, não possuo implantes (metálicos/silicone) na área tratar (monopolar), não faço uso de corticoides, não sofro de epilepsia e não possuo lesões primárias e secundárias da pele, a área a ser tratada não possui nenhum tipo de preenchimento, não possuo nenhum tipo de patologia ativa.

10. Declaro que nada omiti em relação à minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica, ficando o médico autorizado a utiliza-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, em que tal autorização implique em qualquer tipo de ofensa, fica também autorizado o acesso à minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica, ou consultório, inclusive, a solicitar, duas vias de exames complementares, e demais por ventura existentes.

11. Tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas relativas ao procedimento a que voluntariamente irei me submeter, tendo lido e compreendido as informações deste documento antes da minha assinatura.

Cidade

Dia/Mês/Ano

PACIENTE