

Termo de Consentimento Informado para Preenchimento

Declaro estar ciente de que o preenchimento consiste em aplicação subdérmicas de **Ácido Hialurônico** com a finalidade de corrigir depressões, rugas e sulcos. O tempo de duração do preenchimento pode variar em torno de 8 meses, irá depender da região tratada, do tipo de pele, da técnica, do produto utilizado e outros. Todavia a duração do efeito também depende da resposta orgânica de cada cliente sendo descritos inclusive casos raros de curtíssima duração. Além disso, na evolução poderão ocorrer irregularidades com necessidade de nova injeção o que não caracteriza retoque, pois se relacionam a reação de cada organismo.

• Contraindicações

- Cicatrizes hipertróficas e quelóides.
- Antecedentes e patologias autoimunes.
- Tratamento imune terapêutico.
- Distúrbios de coagulação.
- Amamentação/ gravidez.

• Recomendações Pós-preenchimento

- Não usar maquiagem 24 horas após.
- Não expor ao sol.
- Não expor a temperaturas frias (10 dias).
- Evitar sauna e banho a vapor (10 dias).

• Efeitos Secundários

- Edema
- Enrijecimento local.
- Dor ao pressionar (horas, dias ou até 1 semana).
- Aparecimento de pápulas podendo apresentar após aplicação ou até 4 semanas.

Obs.: O Cliente se compromete a informar a presença de qualquer uma destas condições que contra indicam o tratamento.

Não houve promessas de resultado uma vez que cada paciente tem uma resposta frente à técnica.

Goiânia, _____ de _____ de 20_____

Cliente