

Bioestimulação autóloga, PRP, iPRF, Plasma Gel ou Plasma Filler é o nome comercial para a Volumização com PRP plasma Rico em plaquetas (PRP) em gel preenchedor dérmico autólogo.

O Plasma Rico em Plaquetas – PRP é um material autólogo, ou seja, extraídos do sangue do próprio paciente portanto 100% natural e sem risco de alergia ou rejeição.

A Obtenção é feita através da venopunção: obtenção de alguns tubos de sangue em sistema fechado – a quantidade a ser extraída é dependente do objetivo e/ou área a ser preenchida seguida da Centrifugação moderada do sangue por alguns minutos para separar o PRP das hemácias.

A ativação do PRP se dá pela adição de um ativador de cascata de coagulação, como gluconato de cálcio ou cloreto de cálcio e tratamento térmico, dando origem à formação de um material gelatinoso conhecido como “gel de PRP”.

O gel de PRP contém fibrina que fornece à fórmula maior consistência e resistência do que o PRP ou o PPP comum, e proteínas gelificadas que proporcionam estabilidade e volume constantes.

O plasma sanguíneo é rico em fatores de crescimento que estimulam a produção de novas células na região onde é aplicado, e também leva ao surgimento de novas fibras de colágeno que dão sustentação à pele naturalmente.

As áreas a serem realizadas a volumização são: face, glúteos, seios, íntimo masculino e feminino, peitoral, bíceps, tríceps, abdômen, panturrilha, lóbulo da orelha, mãos e pés (joanetes).

A durabilidade de uma sessão é de aproximadamente 3 meses sendo necessária entre 3 a 4 sessões, com intervalo médio de 90 a 120 dias entre elas. Após esse período recomenda-se 1 sessão a cada 6 meses para manutenção.

O resultado da volumização com o PRP gel é imediato e irá depender das características anatômicas e fisiológicas comuns a cada indivíduo não sendo possível alterar a sua estrutura.

EFEITOS COLATERAIS: O risco de alergia ou rejeição ao produto é nulo. Infecções bacterianas podem ocorrer no local, caso haja má assepsia durante o procedimento e caso o paciente não siga as recomendações pós procedimento.

Hematomas, vermelhidão, edema (inchaço), coceira, dor e sensibilidade local podem ocorrer, todos transitórios que perduram por até 5 dias.

CONTRAINDICAÇÃO: Pessoas com menos de 50 quilos, anemia recorrente, hemofílicos, problemas cardíacos, gestantes, lactantes, hipertensão arterial não tratada, insuficiência renal crônica não devem se submeter ao preenchimento com os hemoderivados.

O procedimento também está contraindicado em pessoas com doenças autoimunes como o lúpus, ou que apresentem alguma doença de pele no local onde será realizada a injeção do produto.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____ Inscrito (a) RG nº _____ e no CPF nº. _____ autorizo o (a) profissional esteta Dra. xxxxxxxxxxxxxx inscrita no CRBM-SP: XXXX a realizar o procedimento supramencionado. E ainda, DECLARO que estou plenamente seguro (a) e que fui devidamente esclarecida sobre todas as minhas dúvidas relativas ao procedimento, após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes da assinatura. Reservo-me o direito de revogar minha assinatura abaixo apenas antes do início do procedimento. Entendo e compreendo todos os processos e autorizo a coleta sanguínea e a aplicação dos insumos leucoplaquetários.

São Paulo/SP, ____ de ____ de 2021.

Cliente

Eu, Dra XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, DECLARO que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o procedimento acima descrito, bem como que existiu tempo hábil para o paciente esclarecer suas dúvidas ou procurar outra opinião profissional.

São Paulo/SP, ____ de ____ de 2021.

Dra. XXXXXXXXXX