

Termo de Consentimento para PRP/PRF e Plasma Gel _____

Por este Termo, eu, _____ CPF: _____
declaro expressamente que o procedimento, seus objetivos e benefícios me foram totalmente explicados pela(o) Profissional, não havendo da minha parte qualquer dúvida ou ponto que não tenha sido explicado para meu conhecimento e satisfação. Expresso também, minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento. De forma irrevogável e irretroatável, declaro expressamente ter entendido a natureza e as consequências da aplicação do procedimento, bem como atesto que os pontos abaixo descritos me foram explicados:

PRP/PRF e Plasma Gel

De forma irretroatável e irrevogável declaro expressamente ter entendido a natureza e as consequências da aplicação do Procedimento e:

- Fui claramente informado(a) de que o procedimento denominado "Plasma Rico em Plaquetas/PRP/PRF e Plasma Gel é utilizado para melhoria da flacidez e correção volumétrica da área tratada como comprovado por publicações científicas em revistas médicas;
- Entendi que o produto será aplicado via injeção, diretamente na região a ser tratada, e que o Plasma Gel/PRF/PRP é realizado por meio de pequenas injeções que introduzem a substância;
- Entendi que a duração dos resultados é variável e me foi explicado que o efeito começaria a ser mais evidente após algumas semanas da realização do tratamento, podendo variar o prazo. Também compreendi que a duração do efeito clínico é variável, pois, por ser um procedimento autólogo, depende das características individuais de cada paciente, de cada metabolismo e das áreas tratadas;
- Fui informado(a) dos efeitos adversos, contraindicações, riscos e advertências a respeito desta aplicação:
 - a) Logo após a aplicação, pode haver sensação de incômodo, dor, peso, inchaço, hematoma (manchas roxas) e vermelhidão local, em geral, transitórias e reversíveis. Pequenos hematomas podem aparecer e desaparecer em uma semana, lembrando que o local somente poderá ser maqueado 6 horas após a aplicação;
 - b) Complicações como infecções não são comuns;
 - c) A segurança da utilização do procedimento ainda não foi estabelecida em gestantes e mulheres em fase de amamentação, menores de 18 anos, portadores de doenças autoimunes, como doenças reumáticas alivas tipo lúpus eritematoso sistêmico e cutâneo.
 - d) Substâncias à base de ácido acetilsalicílico (AAS, Aspirina, Sonrisal e outros), vitamina E (em dose maior que 400mg/dia) e Ginkgo Biloba podem favorecer a formação de pequenos hematomas no local das injeções.

Sou alérgico(a) a: _____

Declaro não estar grávida ou amamentando.

Após aplicação ou enquanto houver hematomas, a exposição da região ao sol poderá manchar a pele, como ocorre com qualquer hematoma quando exposto ao sol. Portanto é necessário aplicar filtro solar FPS 30 de 3 em 3 horas, enquanto houver hematomas. A exposição da área ao calor pode interferir nas características e distribuição do produto recém-aplicado e, conseqüentemente, no seu efeito. Compreendo que essas ocorrências são de minha responsabilidade.

Cuidados pós-aplicação:

Pode-se notar o aparecimento de um pequeno halo de vermelhidão ou inchaço ao redor dos pontos de aplicação logo após a realização do procedimento, que é uma reação do organismo decorrente do trauma de qualquer injeção, que regride nas primeiras horas, sem necessidade de tratamento específico. Sensação de dor de cabeça também pode ocorrer após a aplicação, porém tende a ser de intensidade leve; esses sintomas costumam regredir espontaneamente. A exposição solar diminui o tempo de ação da mesma.

Plano de tratamento Proposto e Responsabilidades:

A elaboração do plano de tratamento varia de acordo com os objetivos e características individuais de cada paciente. Faz parte do plano de tratamento como um todo, que o paciente compareça às sessões, siga as orientações e as precauções acima descritas. Sendo assim, compreendo que cada tratamento é único, os resultados variam de paciente para paciente e não me podem ser dadas promessas de resultados, principalmente porque eles dependerão também do paciente.

Compreendo todos os riscos do tratamento e aceito os custos e responsabilidades que envolvem e que me foram previamente apresentados. Tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas relativas ao procedimento que voluntariamente irei me submeter, tendo lido, compreendido e consentido as informações contidas neste documento antes da sua assinatura. Assim, não restando dúvidas, eu autorizo a realização dos procedimentos propostos neste termo.

Data: ____/____/____

Assinatura do paciente: _____