



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O TRATAMENTO ENDOLIFT® COM LASEmaR® 1500

### INFORMAÇÕES GERAIS

Eu [nome completo], ..... nascido(a)  
em ....., no dia .....  
residente em .....,  
portador do RG/UF....., antes de se submeter ao tratamento a  
laser chamado Endolift®, declaro que: Fui informado(a) de que, até o momento, as  
pesquisas internacionais realizadas sobre o uso do laser e os resultados clínicos  
indicam que o tratamento a laser é seguro, embora não haja garantia de que o  
tratamento a laser eliminará completamente a lesão, patologia e/ou imperfeição  
objeto do tratamento, estando ciente de que os tratamentos a laser podem dar  
apenas resultados temporários;

Estou ciente de que, devido às diferentes respostas individuais, não é possível  
quantificar antecipadamente a porcentagem exata de melhoria do defeito a ser  
corrigido, a extensão e a duração do resultado, bem como o número de sessões  
necessárias para obter o resultado esperado; Aceito quaisquer desconfortos  
estéticos e/ou funcionais (vermelhidão, edema, queimadura, púrpura, hematoma,  
úlceras, abrasão, dor, parestesia, disestesia, efeito "pipoca", etc.) durante o  
procedimento e durante o período pós intervenção/tratamento de duração  
variável. Especificamente, aceito o possível aparecimento na área tratada de  
queimaduras de pele de vários graus e gêneros, atribuíveis a resultados  
fotobiológicos variáveis para cada paciente, dependendo das respostas  
individuais do organismo, em vez das técnicas e tecnologias biomédicas  
utilizadas. Também aceito o aparecimento de alterações na sensibilidade, como  
disestesia, anestesia, hiperestesia e parestesia, ou lesão nervosa temporária de  
alguns dias a alguns meses, como a neuropraxia, que pode se manifestar com  
alterações temporárias da mímica facial (particularmente da boca); muito  
raramente, mas possível, a quebra da fibra óptica pode envolver a necessidade de  
remover o pequeno fragmento com uma micro incisão na pele;

Estou ciente de que minha pele tem defeitos preexistentes e/ou cicatriciais na  
área a ser tratada:.....;

Estou ciente das terapias alternativas, suas limitações e complicações, sobre as  
quais me foi dada uma explicação exaustiva;



Estou ciente de que, em alguns casos, podem permanecer manchas mais escuras ou mais claras na pele tratada por longos períodos, devido a uma hipersensibilidade individual;

As informações sobre o tratamento/intervenção e possíveis resultados foram extensas, verdadeiras, realistas e completas, e podem ser integradas, a meu pedido, pela visualização da documentação científica relacionada ao caso específico, publicada pelo especialista em conferências científicas de alto nível;

Concordo em observar as terapias médicas e físicas e as precauções pós tratamento que me foram indicadas e recomendadas, bem como os controles indicados, ciente de que, caso contrário, poderei comprometer o resultado final;

Concordo em ser fotografado(a) antes, durante e após o tratamento, para fins de documentação que o médico se compromete a usar apenas no contexto científico-didático com anonimato;

Aceito que, em face de possíveis complicações e em acordo com o médico, dou desde já meu consentimento para a modificação dos tratamentos em andamento;

Concordo que seguir os conselhos do médico é essencial tanto para o sucesso da cirurgia quanto para evitar complicações e riscos.

**INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS** O ENDOLIFT® com LASEmaR® 1500 é um método novo para criar principalmente "skin tightening" ou compactação e remodelação da pele. Se necessário, também pode dissolver e remover suavemente a gordura, se presente em excesso na área tratada.

**COMO FUNCIONA** A principal característica do tratamento Endolift® é a capacidade de aquecer os tecidos moles, elevando a temperatura das estruturas subcutâneas com as quais a fibra laser entra em contato (os lóbulos de gordura são parcialmente dissolvidos, os vasos sanguíneos coagulam, os tecidos fibrosos retraem e remodelam). A intervenção minimamente invasiva é realizada com fibras ópticas laser de tamanho microscópico, particularmente pequenas, inseridas diretamente sob a pele sem cortes ou incisões.

**CONTRAINDICAÇÕES E RISCOS** Não devem ser submetidos ao tratamento: Mulheres grávidas; Indivíduos com soluções de continuidade da pele, abrasões, feridas ou patologias localizadas na área a ser tratada; Indivíduos com paralisia espástica; Indivíduos que sofrem de trombose e/ou tromboflebite; Indivíduos com disfunções hepáticas ou renais graves ou dislipidemias; Pacientes transplantados; Indivíduos submetidos a terapias anticoagulantes de longo prazo; Indivíduos com malignidades.



**ÁREAS DE APLICAÇÃO** As áreas tipicamente tratadas com esse método são aquelas do rosto, pescoço e corpo com flacidez da pele e excesso de adiposidade.

**MÉTODO E PROTOCOLOS** Um ciclo de tratamento normalmente prevê, dependendo da extensão da área e da estrutura do tecido, um número variável de uma ou duas sessões por ano. O tratamento é quase indolor e pouco invasivo. Entretanto, como resultado da primeira aplicação, pode-se formar edema moderado e localizado, o que pode, à primeira vista, não permitir perceber a compactação da pele ou a redução da massa de gordura, que pode ser notada com o edema reabsorvido.

**RESULTADOS** Os resultados apreciáveis desta técnica podem ser demonstrados por meio da avaliação de fotografias tiradas antes, durante e após o tratamento. O resultado final deve ser avaliado não antes de três meses após o tratamento. Durante esses três meses, podem ocorrer fases de aparente diminuição do resultado ou piora, mas são devidas aos efeitos biológicos da remodelação dos tecidos.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_