

## **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

### **USO DE TOXINA BOTULÍNICA**

#### **1. INFORMAÇÕES GENÉRICAS**

A toxina botulínica é uma toxina obtida da bactéria denominada Clostridium botulinicum. No produto a ser aplicado, a bactéria encontra-se atenuada. Estas aplicações injetáveis vêm sendo usadas, há vários anos, em crianças e adultos, com a finalidade de resolver problemas de espasmo muscular, tanto na face quanto em outras regiões do corpo. Também vem sendo utilizada na área da Odontologia. O modo de ação se dá por meio de um “enfraquecimento” muscular. Basicamente, pode-se dizer que a toxina bloqueia quimicamente a “placa motora” do músculo, impedindo que ocorra a contração muscular.

#### **2. INDICAÇÕES:**

Em Cirurgia Plástica, esta técnica tem sido mais usada para amenizar rugas dinâmicas ou de expressão (causadas pela ação muscular) na região frontal (testa), na glabella (entre sobrancelhas) e também na região periorbital (pés-de-galinha), hiperidrose e tratamento de simetrização de face pósparalisia facial, além de outras possibilidades.

#### **3. MODO DE AÇÃO:**

A aplicação injetável da toxina botulínica enfraquece o músculo tratado, impedindo a sua contração e prevenindo o franzimento da pele, dos “pés de galinha” e de outras linhas de expressão que sejam ocasionadas pela ação muscular.

#### **4. MODO DE APLICAÇÃO:**

Por via injetável, utilizando-se uma agulha muito fina, que é introduzida diretamente no músculo a ser tratado. Não há necessidade de anestesia e o resultado (enfraquecimento muscular) começa a ser observado entre 24 horas a 5 dias após a injeção. Em algumas regiões, o resultado só é visto após 20 dias.

## **5. RESULTADOS:**

Em geral, os resultados são muito bons. Porém, como este resultado depende da resposta orgânica de cada paciente, existe a possibilidade de ser necessária uma adequação de dose ou, mesmo, que o produto não venha a surtir o efeito desejado, e isto poderá ocorrer quando o organismo já tiver produzido, anteriormente, anticorpos anti-toxina botulínica. Nestes casos, não haverá devolução do pagamento efetuado pela aplicação do produto, pois este resultado negativo não se deveu à falha técnica e, sim, a uma resistência individual orgânica do(a) paciente ao produto injetado, a qual não é possível de ser prevista previamente.

## **6. EFEITOS COLATERAIS:**

Têm sido mínimos. Ocasionalmente pode ocorrer um discreto edema (inchaço) e/ou equimose (mancha roxa) na área tratada. Raramente, o músculo adjacente pode ficar enfraquecido (por uma, ou por várias semanas após a injeção). Qualquer dúvida ou reação diversa, contatar, imediatamente, com seu (sua) cirurgião (ã).

## **7. DURAÇÃO DO EFEITO:**

Por se tratar de ação química, este tratamento não é definitivo, pois o produto perde o seu efeito após 4 a 8 meses, o que também varia de pessoa a pessoa. Após este período, nova aplicação poderá ser planejada se o(a) paciente assim o desejar. Esta nova aplicação deverá ser feita, igualmente, sob novo contrato.

## **DO CONSENTIMENTO:**

Eu \_\_\_\_\_, portador(a) do CPF nº \_\_\_\_\_, **DECLARO** ter acessado o site [www.laerciocadoreplastica.com.br](http://www.laerciocadoreplastica.com.br), ter lido e tomado plena ciência de todas as INFORMAÇÕES, além de recebido todos os esclarecimentos necessários, e que antes de optar pelo uso do produto, tive oportunidade suficiente para discutir e questionar sobre ele. Portanto, dou meu consentimento livre e esclarecido, para que o Dr. Laércio Cadore CRM 4656 RQE 1524, reconhecendo-o como Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), e toda sua equipe, realizem em mim o ato de aplicação injetável de toxina botulínica, acima mencionado, bem como os cuidados e tratamentos médicos necessários, dele decorrentes. Autorizo retirada de fotos para comparar o antes e o depois. Em razão do que, dou meu consentimento para o uso dos mesmos, com apenas finalidade de estudo,

e desde que se mantenha sigilo sobre minha identidade, sendo ciente da lei nº 13.709 de 14 de Agosto de 2018, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), que todas as informações pessoais e fotos tiradas no pré e pós operatório fornecidos neste respectivo estabelecimento estarão sobre sigilo em concordância da LGPD. Estou ciente ser de minha responsabilidade a leitura integral deste Termo, que meu médico preparou com esmero e que me foi entregue em tempo hábil para que pudesse lê-lo e, caso ainda restasse alguma dúvida, poder dirimi-la com meu cirurgião ou alguém de sua equipe. Assim agi, e o confirmo, assinando abaixo e rubricando todas as folhas do mesmo.

**Procedimento(s) proposto(s):**

---

Brusque/SC, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) paciente ou responsável

CPF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Testemunha

CPF: \_\_\_\_\_