



RADIOFREQUENCIA FRACIONADA

Nome do paciente: _____

Nome do médico: _____

Termo de Esclarecimento

A RADIOFREQUENCIA FRACIONADA é uma tecnologia em que são emitidas ondas eletromagnéticas que provocam calor intenso na pele, induzindo a formação de um novo colágeno (fibras de sustentação e preenchimento da pele) na área tratada.

O aparelho emite ondas de radiofrequência fracionadas, ou seja, mantém pequenas partes de pele íntegra entre uma e outra coluna de pele tratada; desta maneira, o fracionamento permite uma recuperação mais rápida da pele fazendo com que você possa retornar às suas atividades bem mais rápido.

Utiliza-se anestésico local em creme e, caso necessário, anestésico injetável em pequenas áreas mais sensíveis da face. Também é utilizado um aparelho de ar resfriado para redução da dor e do inchaço no pós-procedimento. Durante o procedimento há um desconforto moderado, sensação de calor e ardência que persistem até cerca de 30 minutos após o final da aplicação. No pós-procedimento a pele apresenta-se vermelha e inchada nos primeiros 2 a 3 dias, seguindo-se de formação de crostas que caem espontaneamente em cerca de mais 5 dias.

São complicações possíveis: infecção (rara, deve ser prevenida com medicações pré e pós tratamento e higiene adequada do local tratado e das mãos), cicatrizes (raras, podem ser resultantes da infecção), manchas (durante o processo de cicatrização existe a possibilidade da área tratada se tornar mais clara ou mais escura do que a área vizinha. Isso é na maioria das vezes temporário, mas em raras ocasiões pode ser permanente). Tais complicações podem ser prevenidas seguindo-se atentamente às prescrições médicas, como o uso de filtro solar e outros medicamentos tópicos e sistêmicos que lhe serão entregues por escrito ao final do tratamento.

Durante o procedimento observa-se a contração imediata da pele e, devido à estimulação das camadas mais profundas, uma grande produção de colágeno nos próximos 6 meses. O objetivo imediato do tratamento é a melhora da qualidade da pele (textura, manchas, poros) e, a médio prazo, da flacidez cutânea.

A RADIOFREQUENCIA FRACIONADA é eficaz na maioria dos casos, entretanto não se pode garantir que todos os pacientes se beneficiarão do procedimento. Além disso podem ser necessárias várias sessões para atingir o resultado desejado.

Termo e Consentimento

Eu, aqui abaixo assinado, autorizo o médico supra citado e assistentes de sua escolha a executarem os procedimentos aqui descritos e a executarem qualquer outro procedimento que julgarem necessários ou aconselháveis caso algum imprevisto ocorra durante o procedimento. Além disso, autorizo o médico a fazer o registro fotográfico de antes e depois do procedimento para documentação dos resultados. Esta autorização será válida por seis meses a partir da data de execução da primeira sessão.

Declaro ainda que os seguintes itens foram devidamente discutidos e esclarecidos comigo:

- Os benefícios em potencial do procedimento adotado;
- A possibilidade de sucesso, que dependerá de fatores que me foram explicados;
- A possibilidade de ter que repetir o procedimento para obter melhores resultados;
- As eventuais e possíveis complicações;
- A necessidade de comparecimento aos retornos agendados para avaliações pós-procedimento;
- A possibilidade de não se atingir o objetivo desejado, em alguns casos, mesmo ao término do tratamento;
- A importância de não se expor ao sol antes, durante e após o tratamento.

Para minimizar as chances de complicações é muito importante seguir corretamente as instruções pré e pós-procedimento.

Declaro ter lido atentamente a presente autorização, compreendido totalmente o seu conteúdo e estou ciente e de acordo com os referidos termos e condições.

Brasília _____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente (ou responsável legal se for menor)

CAPITA CLÍNICAS
SHLS 716 - Centro Clínico Oswaldo Cruz - salas 610/611
Fone/fax : 3345-6858
www.capita.com.br

Drª Jussara Nunes Capita
Diretora Técnica Médica
CRM-DF 9249
Dermatologista RQE 4888



DATA: ___/___/___ FOTO: () SIM () NÃO

LOCAL: _____

Potencia: _____ Active: _____

Delay: _____ Sequência: _____

Obs: _____



DATA: ___/___/___ FOTO: () SIM () NÃO

LOCAL: _____

Potencia: _____ Active: _____

Delay: _____ Sequência: _____

Obs: _____



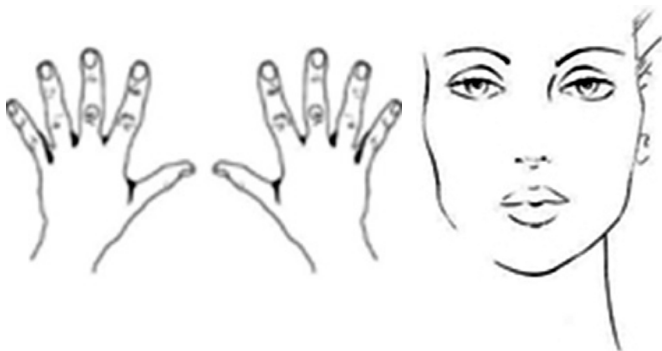
DATA: ___/___/___ FOTO: () SIM () NÃO

LOCAL: _____

Potencia: _____ Active: _____

Delay: _____ Sequência: _____

Obs: _____



DATA: ___/___/___ FOTO: () SIM () NÃO

LOCAL: _____

Potencia: _____ Active: _____

Delay: _____ Sequência: _____

Obs: _____
