

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA APLICAÇÃO DE TOXINA BOTULÍNICA – BOTOX	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

IDENTIFICAÇÃO
NOME DO PACIENTE:
DATA DE NASCIMENTO:
CPF OU RG:
NOME DA MÃE DO PACIENTE:
NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:
CPF OU RG DO RESPONSÁVEL:
NOME DO MÉDICO:
CRM DO MÉDICO:
INDICAÇÃO DO LOCAL DA APLICAÇÃO DO BOTOX:

O PACIENTE ou o RESPONSÁVEL acima identificado AUTORIZA o médico assistente e seus auxiliares a realizar tratamento com *APLICAÇÃO DE TOXINA BOTULÍNICA – BOTOX*, bem como DECLARA que recebeu as seguintes informações:

1. **O QUE É A TOXINA BOTULÍNICA?** A toxina botulínica é um complexo protéico neurotóxico, produzido pela bactéria anaeróbica Clostridium Botulinum. O Clostridium Botulinum, em condições apropriadas à sua reprodução (10°C, sem oxigênio e certo nível de acidez), cresce e produz sete sorotipos diferentes de toxina – conhecidos como A, B, C1, D, E, F e G. Dentre esses, o sorotipo A é o mais potente. Para fins médicos, é utilizada uma forma purificada, congelada a vácuo e estéril da toxina botulínica tipo A, produzida a partir da cultura da cepa Hall da bactéria Clostridium Botulinum que é popularmente conhecida por BOTOX, um de seus nomes comerciais.

2. Dentre os benefícios esperados pelo uso do medicamento “*TOXINA BOTULÍNICA*” podem ser citadas a diminuição da incapacidade funcional e a diminuição da rigidez e de contrações musculares involuntárias naqueles pacientes que sofrem disso. Ainda, é utilizado para fim estético com o objetivo de atenuar ou corrigir rugas dinâmicas (também conhecidas como rugas de expressão) na face do paciente.

3. Fui informado de modo claro e objetivo sobre todas as indicações, contraindicações e principais efeitos adversos ou indesejados do uso do medicamento em questão. Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram satisfatoriamente esclarecidas pelo médico e sua equipe, inclusive quanto à opção de não realizar a aplicação do medicamento.

4. Declaro que a assinatura neste documento expressa a minha concordância de livre e espontânea vontade em submeter-me à aplicação do medicamento “*TOXINA BOTULÍNICA*”, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis ou adversos decorrentes desse ato.

5. São os possíveis efeitos adversos ou indesejados, que podem variar em tempo de duração e de intensidade conforme particularidades do organismo de cada paciente:

a) *Medicamento classificado na gestação como categoria C, isto é, em estudos com animais submetidos ao medicamento, mostraram-se anormalidades no feto (efeitos colaterais), porém não há estudos sobre a ocorrência disso em humanos. Porém, o risco para o bebê não pode ser descartado, mas o benefício do produto pode justificar o risco potencial durante a gravidez.*

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA APLICAÇÃO DE TOXINA BOTULÍNICA – BOTOX	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

b) Os sintomas adversos mais comuns são tontura, fraqueza, cansaço, mal-estar, dificuldade para engolir, náuseas, boca seca, secura e irritação nos olhos, visão dupla e turva, lacrimejamentos, sensibilidade à luz e reações alérgicas na pele.

c) Possibilidade de ocorrência de dor e hematomas no local de aplicação da injeção, além de sangramento e vermelhidão.

d) Possibilidade de Choque Anafilático (ou Crise Anafilática). Essa condição significa uma reação alérgica sistêmica, severa e rápida a uma determinada substância, chamada alergênico ou alérgeno, caracterizada pela diminuição da pressão arterial, taquicardia e distúrbios gerais da circulação sanguínea, acompanhada ou não de edema da glote (região da garganta). A reação anafilática pode ser provocada por quantidades minúsculas da substância alérgica. O tipo mais grave de reação alérgica é o choque anafilático, que pode resultar em MORTE / ÓBITO do paciente.

e) Não estão excluídos outros processos no organismo do(a) paciente que podem ser desencadeados a partir do uso do medicamento, que, embora aqui não descritos, podem ser classificados como indesejados ou adversos.

6. Estou ciente de que posso pedir o cancelamento da aplicação do medicamento a qualquer momento antes do ato, sem que este fato implique em qualquer forma de constrangimento ou de impedimento de acesso a este tratamento no futuro.

7. Estou ciente que caso ocorra algum efeito adverso, poderá ser necessária a modificação imediata do ato médico em execução, de acordo com a técnica adequada para o caso e segundo o julgamento do profissional médico. Se, nessa hipótese, for ainda necessária a aplicação de anestesia em caráter de urgência ou emergência, o(a) paciente desde já autoriza a realização desse ato, cabendo ao médico anestesista a definição do método, da técnica e do fármaco anestésico adequado ao caso.

8. Estou ciente de que o ato médico em questão trata-se de obrigação de meio, pelo que não há garantia de obtenção de cura ou do resultado esperado/desejado. Fui informado pelo médico que em algumas circunstâncias o tratamento pode gerar fatos bastante complicados e que todo procedimento ou tratamento, não importa qual, possui risco de perda da vida, independentemente da perícia, prudência ou vontade do médico, conforme dados estatísticos da literatura médica.

9. Se a evolução do quadro de saúde apresentado colocar a vida do paciente em risco, autorizo a realização dos procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis na tentativa de afastar o perigo de agravo da saúde apurado, conforme os recursos da medicina disponíveis no local do atendimento.

10. Estou ciente de que devo cumprir integralmente as orientações médicas que me foram prescritas, e de que devo buscar imediatamente atendimento médico, após a alta hospitalar, caso verifique a ocorrência de qualquer sintoma que seja diverso da normalidade, tais como febre, dor, tontura, dentre outros.

11. Estou ciente que após a alta hospitalar devo evitar a realização de esforço físico até ter liberação expressa para isso por parte do meu médico assistente, ciente que a não observância disso poderá acarretar agravo de saúde ou comprometimento do resultado do tratamento.

Ciente das informações fornecidas, AUTORIZO a realização do tratamento em questão e assumo os riscos inerentes a ele.

 HOSPITAL Bruno Born Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA APLICAÇÃO DE TOXINA BOTULÍNICA – BOTOX	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

Lajeado, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Paciente

Assinatura do Responsável pelo(a) Paciente
 Quando o paciente for menor de idade, ou tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento

Eu, Dr(a): _____, CRM _____, declaro que coletei este consentimento, informando previamente os riscos e esclarecendo eventuais dúvidas ao paciente/responsável.

Médico(a) – Assinatura