

Termo de Consentimento — Toxina Botulínica

Aplicação estética

IDENTIFICAÇÃO

Nome do(a) paciente	CPF
Procedimento	Data prevista
Profissional responsável / registro de classe	

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado(a) sobre a aplicação de toxina botulínica para fins estéticos, incluindo áreas tratadas, início de ação gradual (em média 3 a 15 dias), duração média do efeito (3 a 6 meses) e necessidade de reaplicação para manutenção.

Estou ciente de que fatores individuais influenciam o resultado e que retoques podem ser avaliados em retorno programado.

Informei corretamente meu histórico de saúde, incluindo doenças neuromusculares, gestação ou amamentação, condições que contraindicam o procedimento.

RISCOS E INTERCORRÊNCIAS POSSÍVEIS

- Dor, vermelhidão e pequenos hematomas nos pontos de aplicação;
- Dor de cabeça transitória nos primeiros dias;
- Assimetria temporária de expressão;
- Ptose palpebral (queda temporária da pálpebra) — incomum e reversível;
- Resultado abaixo do esperado em razão de resposta individual.

DECLARAÇÃO FINAL

Declaro que li e compreendi todas as informações acima, que tive oportunidade de esclarecer minhas dúvidas e que estou de acordo com a realização do procedimento. Estou ciente de que resultados variam de pessoa para pessoa e que nenhum resultado específico é garantido.

Este documento é um modelo genérico e deve ser adaptado e revisado pelo profissional responsável conforme as normas do seu conselho de classe (CFM, CFO, COREN, CFBM etc.) antes do uso.

Cidade e data	Profissional responsável / registro
---------------	-------------------------------------

Assinatura do(a) paciente

Assinatura do(a) profissional