

# TERMO DE CONSENTIMENTO

## DEPILAÇÃO A LASER



### Orientações prévias:

- **leia** atentamente todo o conteúdo deste documento;
- **informe** todas as suas dúvidas ao médico;
- **assine** o termo somente após ter todas as dúvidas sanadas.

PROCEDIMENTO	REGISTRO
NOME PACIENTE	
IDADE PACIENTE	DATA PROCEDIMENTO

O procedimento de **Depilação a Laser** me foi explicado minuciosamente e especificadamente pela equipe médica, por isso entendo que:

A depilação a laser produz um feixe de luz altamente concentrada que é absorvida pelo pigmento (melanina) localizado nos folículos pilosos. Ao absorver esta luz, o bulbo (raiz) do pelo é destruído, assim como o vaso sanguíneo que o mantém vivo, impossibilitando que o pelo cresça novamente.

A depilação a laser possibilita a destruição de um número considerável de folículos dos pelos no momento da aplicação, porém existe uma outra fração que ainda está em repouso no momento do procedimento, e, portanto, dificilmente se elimina a totalidade dos pelos em uma só aplicação.

### 1. Para que o procedimento tenha seus efeitos potencializados, me foi explicado que devo:

- |  |   |
|--|---|
| <b>1.1</b> a pele não pode estar bronzada pelo menos quatro semanas antes do procedimento;   | <b>1.2</b> evitar se expor ao sol durante o tratamento;   |
| <b>1.3</b> evitar exposição solar nos primeiros 60 (sessenta) dias;  | <b>1.4</b> obrigatório o uso de filtro solar conforme orientação médica, mesmo não se expondo ao sol; |
| <b>1.5</b> não fazer uso de métodos depilatórios com cera ou cremes depilatórios, pelo menos 3 (três) dias antes do procedimento e até 14 (quatorze) dias após o procedimento; | <b>1.6</b> qualquer dor, desconforto, bolha ou alguma outra dúvida, entrar em contato com a médica;   |
| <b>1.7</b> evitar consumo de bebida alcoólica e cigarros;  | <b>1.8</b> evitar atividade física conforme orientação médica.  |

\_\_\_\_\_   
acordo do paciente

## 2. ENTENDO E CONCORDO QUE:

- 2.1 a equipe médica **não pode garantir resultado específico** através da medicina, pois cada paciente possui características distintas e cada organismo se comporta de maneira diferente, mas se comprometem a utilizar os meios técnicos e científicos disponíveis, para alcançar o resultado mais próximo possível do esperado;
- 2.2 o tabagismo, o uso de drogas e/ou álcool, ainda que não impeçam a realização do procedimento, podem comprometer o resultado do tratamento médico. Entendi que a interrupção do uso do tabaco, de drogas e/ou álcool não cessam os malefícios do uso prévio, apenas reduzem a probabilidade de interferir nos resultados;
- 2.3 poderá ocorrer efeitos adversos como: vermelhidão, inchaço leve, descoloração temporária da pele queimadura leve e superficial
- 2.4 em caso de predisposição, existe a possibilidade de reativação do herpes simples;
- 2.5 a pele bronzada pelo sol ou artificialmente não deve ser tratada com laser.

\_\_\_\_\_  
acordo do paciente

## 3. DECLARO AINDA:

- 3.1. não estar em período gestacional ou de lactação, tampouco qualquer desconfiância de gravidez. Foi-me amplamente alertado que não é indicada a realização do procedimento durante a gravidez e/ou durante a amamentação;
- 3.2. que informei ao médico assistente, todos os medicamentos que uso ou usei recentemente, bem como aos quais tenho alergia, inclusive, tipos de anestésicos;
- 3.3. que informei à médica caso esteja com a pele sensível após peeling químico e/ou caso esteja com a pele rachada/infeccionada;
- 3.4. que informei à médica sobre a utilização de marcapasso ou desfibrilador e caso faça tratamento com radioterapia.

\_\_\_\_\_  
acordo do paciente



### SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS:

Eu autorizo que a equipe médica utilize os meus registros (vídeos, som e imagem) para executar os procedimentos propostos, para fins de complementação documental do meu prontuário médico e discussão do caso clínico com outros colegas médicos. Fica explícito ainda, que o compartilhamento de imagens, tratamento de dados e outros, se dará somente entre a equipe multidisciplinar e médico assistente deste procedimento.

**Durante a consulta e atendimento pela recepção houve a coleta de dados pessoais (CPF, Nome, Telefone, E-mail, Endereço e Informações sobre saúde e hábitos) para questões fiscais e a condução médica adequada. Os dados serão armazenados e preservados por período indeterminado e compartilhados com terceiros, somente quando indispensável para a continuidade ou adequação do tratamento.**

Os pacientes, a qualquer momento, poderão: (i) ter acesso às informações cadastradas, (ii) solicitar a atualização ou correção dos seus dados; (iii) solicitar a eliminação de dados que não impactem o histórico de atendimento médico bem como, a total ou parcial, revogação deste consentimento, **mediante termo de solicitação**, nos termos da Lei.

\_\_\_\_\_  
acordo do paciente

**Declaro que li a integralidade do conteúdo deste termo,** concomitante à explicação verbal da equipe médica e que tive a oportunidade de sanar toda e qualquer dúvida relativa ao procedimento ao qual, voluntariamente, irei me submeter. Assim, dou o meu consentimento à equipe médica para realizar os procedimentos necessários me comprometendo a seguir todas as orientações médicas.

**Importante:** em caso de dúvidas, esclarecimentos, desconfortos, ou efeitos não esperados recomenda-se o contato imediato com a equipe médica.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Dr.