

TERMO DE CONSENTIMENTO

FOTONA® STARWALKER



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.

| PROFISSIONAL | REGISTRO |
|----------------------------------|-------------------|
| NOME PACIENTE | |
| IDADE PACIENTE | DATA PROCEDIMENTO |
| QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE | |
| OBSERVAÇÕES | |

O procedimento com Fotona® StarWalker me foi detalhadamente explicado pela equipe médica, por isso, entendi que:

O laser possui duração de pulso curta e conta com a tecnologia de um pulso chamado FRACTAT, que consiste em um laser frio que não gera calor, formando pequenas bolhas de ar dentro da pele.

O Fotona Starwalker atua quebrando os pigmentos da pele em partículas menores, tornando-as mais fáceis de serem eliminadas.

Este Laser é utilizado para tratamento de pigmentos como manchas, Melasma, telangiectasias (vasinhos, pequenas veias), remoção de tatuagem.

1. FOI-ME EXPLICADO QUE:

- 1.1** > cada organismo reage de forma específica e, por isso, não é possível prever e/ou garantir o resultado. A melhora proporcionada pelo procedimento ocorrerá somente após um número mínimo de sessões, a depender do organismo de cada paciente;
- 1.2** > o resultado do procedimento depende das características de cada indivíduo e do número de sessões realizadas pelo paciente, que será determinado pelo médico ao longo do tratamento;
- 1.3** > infecção e hematoma local;

acordo do paciente

2. PARA QUE O PROCEDIMENTO TENHA SEUS EFEITOS OTIMIZADOS, ME FOI EXPLICADO QUE DEVO:

- 2.1 não bronzear a pele por, pelo menos, quatro semanas antes do procedimento;
- 2.2 evitar exposição solar nos primeiros 10 (dez) dias após o procedimento;
- 2.3 evitar atividade física de alta intensidade, conforme orientação
- 2.4 evitar o consumo de bebida alcoólica e cigarros;
- 2.5 suspender o uso de isotretinoína com, no mínimo, 2 (dois) meses de antecedência;
- 2.6 evitar o uso de ácido acetilsalicílico ("Aspirina", "AAS") antes do tratamento a fim
- 2.7 não aplicar perfume sobre a área em que o procedimento foi realizado;
- 2.8 fazer uso obrigatório de filtro solar com reaplicação a cada 3h, mesmo não
- 2.9 entrar em contato com a equipe médica em caso de dor, desconforto, bolha, secreção na pele e mucosas, ou alguma outra dúvida;

acordo do paciente

3. FOI-ME EXPLICADO QUE O CORPO HUMANO PODE TER VARIAÇÕES INDIVIDUAIS, POR ISSO, ENTENDI QUE:

- 3.1 >>> existem riscos e complicações associados a todos os procedimentos de tratamento a laser da pele. O tratamento com Fotona® poderá desencadear, precoce e/ou tardiamente: hiperpigmentação, alteração na coloração da pele devido ao aumento ou diminuição da melanina, prurido (coceira), queimaduras, eritema (vermelhidão),
- 3.2 >>> tatuagens, pintas e manchas na pele podem sofrer alterações com o tratamento, não estando ao alcance médico evitar tais alterações;
- 3.3 >>> em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas;
- 3.4 >>> existe a possibilidade de reativação do herpes simples, em caso de predisposição;

acordo do paciente

4. ENTENDO E CONCORDO QUE:

- 4.1. a equipe médica não pode garantir resultado específico, pois cada organismo se comporta de maneira diferente quando submetido a tais procedimentos. Mas se comprometem a utilizar os meios técnicos e científicos disponíveis, para alcançar o resultado mais próximo possível do esperado;
- 4.2. 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;
- 4.3. ficam sob minha responsabilidade qualquer despesa hospitalar e médica gerada em virtude de internação ou intervenções por intercorrência médica.

acordo do paciente

5. DECLARO AINDA:

5.1. não estar em período gestacional, tampouco haver qualquer desconfiância de gravidez. Foi-me alertado que não é indicado a realização do procedimento durante a gravidez;

5.2. que informei ao médico assistente, todos os medicamentos que uso ou usei recentemente, bem como aos quais tenho alergia, inclusive, tipos de anestésicos.

5.3. não utilizar prótese metálica na região tratada;

5.4. não estar realizando radioterapia ou quimioterapia;

5.5. não ter sintomas ou diagnóstico de doença autoimune como lúpus;

5.6. não possuir hipertensão arterial descompensada;

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, para discussão do caso clínico com outros colegas médicos, para fins de pesquisa acadêmica, publicações em redes sociais, publicações acadêmicas, cursos, palestras e congressos médicos.

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.(a):