

# TERMO DE CONSENTIMENTO

## FOTOTERAPIA FOTOAGE



### 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.

|                                  |                   |
|----------------------------------|-------------------|
| NOME MÉDICO                      | CRM               |
| NOME PACIENTE                    |                   |
| IDADE PACIENTE                   | DATA PROCEDIMENTO |
| QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE |                   |
| OBSERVAÇÕES                      |                   |

### 1. O PROCEDIMENTO ME FOI DETALHADAMENTE EXPLICADO PELA EQUIPE MÉDICA, POR ISSO ENTENDO QUE:

1.1



Fototerapia é a modalidade terapêutica que aplica exposições repetidas e controladas de radiação ultravioleta para alterar a fisiologia cutânea de modo a induzir a regressão ou controlar a evolução de diversas dermatoses.

1.2



O aparelho é controlado pelo dermatologista por meio de uma máscara, de material altamente flexível, que se adapta ao rosto e ao pescoço do paciente. A máscara possui LEDs que emitem luz de quatro cores, com potência e comprimentos de onda variados. Para otimizar a atuação do Fotoage, utiliza-se, juntamente com a máscara, protocolos com princípios ativos selecionados de acordo com o efeito desejado.

1.3



É um tratamento estético coadjuvante aos tratamentos de acne, clareamento de manchas, rejuvenescimento da pele. Também trata estrias, calvície entre outros.

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



## 2. FOI-ME EXPLICADO QUE:

- 2.1. o tratamento poderá desencadear, precoce e/ou tardiamente: eritema (vermelhidão) e edema local (roxo);
- 2.2. em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas;
- 2.3. 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;
- 2.3. o efeito do tratamento poderá variar de acordo com os hábitos de vida de cada paciente tais como tabagismo, uso de medicamentos, alimentação e atividades físicas.

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

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

- |   |   |
|---|---|
| 3.1 Evitar exposição da área tratada ao calor ou frio extremo.      | 3.2 Não é necessário o uso de medicamentos antes ou após o procedimento.                                |
| 3.3 Não se submeter à exposição solar antes ou após o procedimento. | 3.4 Contatar a equipe médica sempre em caso de dúvidas ou qualquer sintoma descrito ou não neste termo. |

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

## 3. DECLARO AINDA:

- 3.1. Que informei à médica se estou ou não em período gestacional ou de lactação; não utilizar prótese metálica na região tratada;
- 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.

\_\_\_\_\_  
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:

\_\_\_\_\_  
Acompanhante:  
CPF:

\_\_\_\_\_  
Dr.  
CRM/