

TERMO DE CONSENTIMENTO

LED CAPILAR



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 de tratamento capilar por meio de LED foi-me minuciosamente e especificamente explicado, razão pela qual declaro estar ciente de que o tratamento consiste na fotobioestimulação, processo em que a emissão de luzes contínuas e de baixa intensidade penetra o couro cabeludo, estimulando o metabolismo celular. No caso do laser, ocorre uma leve reação inflamatória controlada, que tem por objetivo estimular o bulbo capilar e favorecer o crescimento e fortalecimento dos fios.

1. A EQUIPE MÉDICA ME DEIXOU CLARO 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, realização em intervalos regulares e o seguimento, de forma rigorosa, das orientações médicas, inclusive os medicamentos prescritos Home Care, a depender do organismo de cada paciente;

1.2



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;

1.3



o tratamento poderá desencadear, precoce e/ou tardiamente: eritema (vermelhidão) e edema local (roxo);

1.4



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;

1.5



em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas;

1.6



a melhora proporcionada pelo procedimento ocorrerá somente semanas após a realização, em média é visto 3 a 4 meses após o tratamento, a depender do organismo de cada paciente;

1.7



a duração do tratamento depende das características de cada paciente, e do número de sessões realizadas pelo paciente;

1.8



caso o efeito desejado não seja obtido, pode se fazer necessário a realização de tratamentos adicionais, os quais, serão cobrados;

1.9



posso adquirir reação e por todos os motivos acima especificados, eu autorizo a equipe médica realizar todos os procedimentos necessários e indicados em eventuais intercorrências.

acordo do paciente

2. DECLARO AINDA:

2.1. 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;

2.2. 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

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;

3.3 contatar a equipe médica sempre em caso de dúvidas ou qualquer sintoma descrito ou não neste termo.

3.2 não se submeter à exposição solar antes ou após o procedimento. A exposição solar poderá desencadear manchas irreversíveis na pele;

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:

PROFISSIONAL
REGISTRO