

TERMO DE CONSENTIMENTO

LASER ACROMA



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	

O procedimento de **Laser Acroma** me foi explicado minuciosa e especificadamente equipe médica, por isso entendo que:

O Laser Acroma é um equipamento de alta tecnologia que utiliza a radiofrequência para tratamentos de rejuvenescimento facial e corporal (flacidez cutânea, celulite, gordura localizada, estrias, fibroses e aderências). Tem como principal alvo o pigmento dos vasos sanguíneos (micro varizes da face). O objetivo do tratamento é promover a coagulação do vaso sanguíneo fazendo com que este seja posteriormente absorvido pelas células do corpo, desaparecendo gradualmente.

O uso do Laser é indicado em casos de melasma, micose de unha, olheiras, remoção de pelos (finos e grossos), remoção de tatuagens (mais escuras e profundas), rosácea, rugas finas e tratamento vascular (somente na região da face).

O procedimento também poderá envolver a utilização do laser Nd Q-Switched, com ação direcionada ao tratamento de pigmentações cutâneas, lesões pigmentadas e demais indicações clínicas avaliadas pela equipe médica. Fui devidamente informado(a) acerca da natureza da tecnologia empregada, suas indicações, benefícios esperados, limitações, riscos inerentes e possíveis efeitos adversos, manifestando meu consentimento livre e esclarecido para sua realização.

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

1.1



não manter a pele bronzada pelo menos quatro semanas antes do procedimento;

1.2



não pegar sol durante o tratamento;

- 1.3 > evitar exposição solar nos primeiros 60 (sessenta) dias;
- 1.4 > fazer uso de protetor solar, conforme orientação da equipe médica, mesmo não se expondo ao sol;
- 1.5 > não fazer uso de métodos depilatórios com cera ou cremes depilatórios, pelo menos 3 (três) dias antes do procedimento e até 14 dias após o procedimento;
- 1.6 > evitar atividade física conforme orientação médica;
- 1.7 > evitar consumo de bebida alcoólica e cigarros;
- 1.8 > converse com o seu médico sobre o uso de medicamentos como aspirina, anti-inflamatórios, anticoagulantes, Vitamina C e Ginkgo Biloba 48h antes e depois do procedimento.

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 tratamento, podem comprometer o resultado do tratamento médico.

acordo do paciente

3. FOI-ME ORIENTADO E, ESTOU CIENTE QUE:

- 3.1. o procedimento pode desencadear precoce e/ou tardiamente: equimoses (roxos), vermelhidão, inchaço, queimadura leve superficial, descoloração temporária da pele, assim como a possibilidade de ocorrência, ainda que rara, de efeitos colaterais, tais como cicatriz ou descoloração, que são reversíveis com tratamento adequado;
- 3.2. existe a possibilidade de reativação do herpes simples se estiver predisposto e for portador de herpes simples;
- 3.3. o paciente compromete-se, em caso de aparecimento de qualquer efeito secundário, a entrar em contato de imediato com um dos médicos da Clínica;
- 3.4. a pele bronzada natural e/ou artificialmente não deve ser tratada com laser.

acordo do paciente

4. DECLARO AINDA:

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



SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS:

acordo do paciente

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; e

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.
CRM/