

# TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

## LASER ATHENA



### 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 PACIENTE

CPF

IDADE PACIENTE

DATA PROCEDIMENTO

QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE

OBSERVAÇÕES MÉDICAS

O procedimento me foi minuciosa e detalhadamente explicado pela equipe médica, de forma que compreendi suas características, objetivos e possíveis desdobramentos. Fui informada(o) de que:

O tratamento utiliza um sistema de laser fracionado, que permite a atuação em segmentos específicos da pele e mucosa da região íntima. Os disparos são direcionados às camadas mais profundas, com a finalidade de estimular a produção de colágeno, podendo contribuir para melhora da lubrificação natural, aumento da elasticidade da pele, redução de flacidez e rejuvenescimento da vulva.

Reconheço que os resultados podem variar de pessoa para pessoa e que não há garantia de resultado específico, estando ciente de possíveis efeitos adversos, intercorrências ou necessidade de sessões adicionais, conforme avaliação médica.

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

- 1.1. Evitar exposição da área tratada a temperaturas extremas, seja calor ou frio;
- 1.2. Não me submeter à exposição solar antes ou após o procedimento, uma vez que isso pode ocasionar manchas irreversíveis na pele;
- 1.3. Evitar atividades físicas intensas nas 24 horas seguintes ao procedimento;
- 1.4. Manter adequada ingestão de líquidos;
- 1.5. Não estimular a descamação natural da pele, ou seja, não interferir manualmente na retirada das crostas ou casquinhas que se formarem;
- 1.6. Contatar imediatamente a equipe médica em caso de dúvidas ou qualquer sintoma, descrito ou não neste termo

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

## 2. DECLARO AINDA:

2.1 Informei ao médico assistente todos os medicamentos que utilizo ou utilizei recentemente, bem como quaisquer substâncias às quais apresento alergia, incluindo tipos de anestésicos;

2.2 Não me encontro em período gestacional ou de lactação, tampouco tenho qualquer suspeita de gravidez;

2.3 Fui amplamente esclarecida(o) de que o procedimento não é indicado durante a gravidez e/ou amamentação.

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



## 3. ENTENDI E CONCORDEI QUE:

- 3.1. Cada organismo reage de forma específica, sendo impossível prever ou garantir resultados, uma vez que a resposta ao procedimento pode variar de pessoa para pessoa;  
A equipe médica empregará os meios técnicos e científicos disponíveis visando alcançar o resultado esperado, sem que isso configure garantia de sucesso;
- 3.2. Os efeitos e melhorias decorrentes do procedimento podem se manifestar somente após um número mínimo de sessões, o qual dependerá das características individuais de cada paciente.
- 3.3. o tratamento poderá desencadear, precoce e/ou tardiamente: eritema (vermelhidão), edema local (roxo), inchaços no local e regiões próximas e parestesia (queimação, dormência);
- 3.4. o paciente pode, em situações raras, desenvolver reações alérgicas, especialmente aqueles com tolerância reduzida a algum componente do procedimento
- 3.5. o resultado do procedimento pode variar de pessoa para pessoa e depende de fatores individuais.
- 3.6. o efeito do tratamento poderá variar de acordo com os hábitos de vida de cada paciente tais como tabagismo, uso de medicamentos, alimentação, atividades físicas e perda e/ou ganho de peso;
- 3.7. 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.

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



## SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS:

Eu autorizo que a 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, cursos, palestras e congressos médicos necessários.

**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:

\_\_\_\_\_  
Dra.

CRM/\_\_\_\_