

TERMO DE CONSENTIMENTO

LASER CO₂ FRACIONADO



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 com Laser de CO₂ fracionado age através de um feixe controlado de luz com afinidade pelas moléculas de água presentes no tecido e pelo aumento rápido da temperatura nas camadas mais profundas da pele.

O tratamento é indicado para regeneração cutânea, suavizar cicatrizes, rugas, manchas e estrias da pele. Auxilia ainda no combate à flacidez da pele da face inclusive pálpebras.

Nas camadas superficiais o laser faz a evaporação da água das células atingidas, provocando a cicatrização. Já nas camadas mais profundas, o laser estimula a remodelação e contração imediata das fibras de colágeno.

1. PROCEDIMENTO COM LASER DE CO₂, ME FOI MINUCIOSA E ESPECIFICADAMENTE EXPLICADA PELA EQUIPE MÉDICA, POR ISSO ENTENDO 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 e conforme orientado pelo médico;

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



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.

acordo do paciente

2. DECLARO AINDA:

- 2.1 não estar em período gestacional, tampouco qualquer desconfiância de gravidez. Foi-me amplamente alertado que não é indicada a realização do procedimento durante a gravidez e/ou a amamentação;

- 2.2 não estar realizando radioterapia ou quimioterapia;
|
- 2.3 não ter sintomas ou diagnóstico de doença autoimune como lúpus;
|
- 2.4 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. ENTENDO E CONCORDO QUE:

- 3.1 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 quando submetido a procedimentos invasivos. No entanto, se comprometem a utilizar os meios técnicos e científicos disponíveis, para alcançar o resultado mais próximo possível do esperado;
- 3.2 **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.

acordo do paciente

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

- 4.1 não estar com a pele bronzeada pelo menos duas semanas antes do procedimento;
- 4.2 relatar o uso de isotretinoína;
- 4.3 evitar o uso de ácido acetilsalicílico ("Aspirina", "AAS") e anticoagulantes conforme orientação médica;
- 4.4 não usar perfume sobre o local do procedimento;
- 4.5 não fazer uso de métodos depilatórios com cera ou cremes depilatórios nas últimas 2 (duas) semanas antes do procedimento. Os pelos devem ser raspados com lâmina de barbear 1(um) dia antes do procedimento (para que o procedimento seja eficaz os pelos devem ter de 01 a 02 mm de altura).
- 4.6 evitar exposição solar nos primeiros 10 dias após o procedimento;
- 4.7 obrigatório o uso de filtro solar com reaplicação a cada 3h, mesmo não se expondo ao sol;
- 4.8 contatar a equipe médica sempre em caso de dúvidas ou qualquer sintoma descrito, ou não, neste termo.

acordo do paciente

5. Foi-me orientado que o corpo humano pode ter variações anatômicas, e por isso:

- 5.1. o tratamento com Laser de CO2 fracionado poderá desencadear, precoce e/ou tardiamente: hiperpigmentação, alteração na coloração da pele devido ao aumento ou diminuição da melanina, prurido (coceira), parestesia, eritema (vermelhidão), edema local, púrpura;
- 5.2. tatuagens, pintas e manchas na pele podem sofrer alterações com o tratamento, não estando ao alcance médico evitar tais alterações;
- 5.3. em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas.
- 5.4. o tratamento não poderá ser realizado em pele bronzeada nas últimas quatro semanas.

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.
CRM/