

# TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

## LASER ETHEREA



### 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 especificadamente explicado pela equipe médica, por isso, entendi que:

O procedimento consiste em um sistema de laser não ablativo e luz pulsada que torna possível remover a superfície da pele atingindo camadas mais profundas da pele, formando pequenas crostas, para incentivo da produção de colágeno, que permite a tentativa do rejuvenescimento da face e colo, tratando flacidez, melasma, rosácea, cicatrizes e fotoenvelhecimento, melhorar a qualidade da pele, uniformizar, clarear, melhorar manchas na pele, lesões pigmentadas, rugas finas e poros dilatados.

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

- 1.1. evitar exposição da área tratada ao calor ou frio extremo;
- 1.2. não me submeter à exposição solar antes ou após o procedimento pois poderá desencadear manchas irreversíveis na pele;
- 1.3. utilizar filtro solar diariamente com atenção ao retoque do produto a cada 3h;
- 1.4. fazer a ingestão de líquidos em demasia;
- 1.5. não estimular a descamação da pele, ou seja, quando a pele começar a descascar não intervir com as mãos na retirada das casquinhas;
- 1.6. contatar a equipe médica sempre em caso de dúvidas ou qualquer sintoma descrito ou não neste termo.

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

## 2. DECLARO AINDA:

**2.1** 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;

**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. ENTENDI E CONCORDEI QUE:

- 3.1.** cada organismo reage de forma específica e, por isso, não é possível prever e/ou garantir o resultado, pois cada organismo se comporta de maneira diferente quando submetido a esse tipo de procedimento. No entanto, a equipe médica se compromete a utilizar os meios técnicos e científicos disponíveis para alcançar o resultado esperado;
- 3.2.** a melhora proporcionada pelo procedimento ocorrerá somente após um número mínimo de sessões, a depender do organismo 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.** em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas;
- 3.5.** o resultado do procedimento depende das características de cada indivíduo e do número de sessões realizadas pelo paciente, que será determinado pela equipe médica ao longo do tratamento;
- 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/\_\_\_\_