

TERMO DE CONSENTIMENTO

LASER ME



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 Me me foi minuciosa e especificadamente explicado pela equipe médica, por isso, entendi que:

O procedimento utiliza laser de diodo que emite pulsos de luz fracionada. A luz penetra na pele através de microfios permitindo atingir a pele profundamente.

É indicado para o rejuvenescimento facial, tratamento de manchas e melhora da textura da pele.

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

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

- | | |
|---|---|
| 5.1 não estar com a pele bronzeada pelo menos duas semanas antes do procedimento;
 | 5.2 relatar o uso de isotretinoína;
 |
| 5.3 evitar o uso de ácido acetilsalicílico ("Aspirina", "AAS") e anticoagulantes conforme orientação médica;
 | 5.4 não usar perfume sobre o local do procedimento;
 |
| 5.5 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).
 | 5.6 evitar exposição solar nos primeiros 10 dias após o procedimento;
 |
| 5.7 obrigatório o uso de filtro solar com reaplicação a cada 3h, mesmo não se expondo ao sol;
 | 5.8 contatar a equipe médica sempre em caso de dúvidas ou qualquer sintoma descrito, ou não, neste termo.
 |

acordo do paciente

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

- 6.1.** o tratamento com o Laser 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;
- 6.2.** tatuagens, pintas e manchas na pele podem sofrer alterações com o tratamento, não estando ao alcance médico evitar tais alterações;
- 6.3.** em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas.
- 6.4.** o tratamento não poderá ser realizado em pele bronzeada nas últimas quatro semanas e pacientes que fazem uso de medicamentos fotossensibilizantes.

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:

Dr.
CRM/