

TERMO DE CONSENTIMENTO

LASER – RETIRADA DE TATUAGEM E MICROPIGMENTAÇÃO



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 PROCEDIMENTOS
QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE	
OBSERVAÇÕES	

O procedimento para a retirada de tatuagem e micropigmentação se dá através de LASER que age com a emissão de feixes de luzes intensas. O procedimento objetiva clarear ou remover a tatuagem e/ou micropigmentação. Importante esclarecer que o laser se comporta de forma distinta para cada tipo de pele e cores da tatuagem/micropigmentação.

1. O TRATAMENTO COM LASER, ME FOI MINUCIOSA E ESPECIFICADAMENTE EXPLICADA PELA EQUIPE MÉDICA, POR ISSO ENTENDO QUE:

1.1



o tratamento com laser poderá desencadear, precoce e/ou tardiamente: hipopigmentação, alteração na coloração da pele devido ao aumento ou diminuição da melanina, prurido (coceira), queimaduras, eritema (vermelhidão), edema local, púrpura, crostas, bolhas e até mesmo desenvolver cicatriz;

1.2



uma mancha residual provavelmente permanecerá no local de aplicação do laser, dependendo sempre da tonalidade de cores utilizadas no desenho da tatuagem e micropigmentação;

1.3



em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas;

1.4



caso o efeito desejado não seja obtido, pode se fazer necessário a realização de tratamentos adicionais, os quais, serão cobrados;

1.5



posso desenvolver reação alérgica ou sensibilidade à substância utilizada no procedimento. Declaro que, por todos os motivos acima especificados, autorizo a equipe médica a realizar todos os procedimentos necessários e indicados em caso de eventuais intercorrências.

acordo do paciente

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

- 2.1. não estar com a pele bronzeada pelo menos | quatro semanas antes do procedimento;
- 2.2. não pegar sol durante o tratamento; |
- 2.3. evitar exposição solar durante o tratamento; |
- 2.4. obrigatório o uso de filtro solar com | reaplicação a cada 2h, mesmo não se expondo ao sol;
- 2.5. não usar perfume sobre o local do | procedimento;
- 2.6. não fazer uso de métodos depilatórios com cera ou cremes depilatórios, pelo menos 3 dias antes do procedimento e até 14 dias após o procedimento;
- 2.7. não fazer sauna por, pelo menos, 15 dias ou | até a completa cicatrização;
- 2.8. manter alimentação equilibrada e ingestão de 2L de água por dia, pelo menos;
- 2.9. usar hidratantes e cicatrizantes indicados | pela equipe médica;
- 2.10. qualquer dor, desconforto, bolha ou alguma outra dúvida, entrar em contato com a equipe médica;
- 2.11. contatar a equipe médica sempre em caso de dúvidas ou qualquer sintoma descrito ou não neste termo.

acordo do paciente

3. FOI-ME ORIENTADO QUE:

- 3.1. 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;
- 3.2. o resultado do procedimento não é imediato e depende das características de cada indivíduo, do tamanho do desenho, da região do desenho, das cores do desenho e do número de sessões realizadas pelo paciente, que será determinado pelo médico ao longo do tratamento;
- 3.3. 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

4. Entendo e concordo que 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. DECLARO AINDA:

- 5.1. não estar em período gestacional ou de lactação, tampouco qualquer desconfiância de gravidez.
| Foi-me amplamente alertado que não é indicada a realização do procedimento durante a gravidez e/ou durante a amamentação;
- 5.2. que informei à equipe médica, todos os medicamentos que uso ou usei recentemente, bem como
| aos quais tenho alergia, inclusive tipos de anestésicos;

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/