

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

LASER CHROME



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 com **Laser Chrome** me foi detalhadamente explicado pela equipe médica, por isso, entendi que:

É indicado para tratar manchas, rosáceas, estrias, rubras, cicatrizes, face eritematosa, acne, pelos, olheiras e marcas de envelhecimento trabalhando na melanina e hemoglobina. Também aumenta a produção de colágeno, melhorando a textura e a elasticidade da pele.

Através da emissão de feixes de luzes policromáticas é possível estimular a produção de fibras colágenas e elásticas, bem como reduzir microvasos, rubor, vermelhidão, manchas, estrias, olheiras e lesões causados pelo sol, pela acne e depilação prolongada.

1. A EQUIPE MÉDICA ME EXPLICOU QUE:

- 1.1. o tratamento com Laser Chrome poderá desencadear, precoce e/ou tardiamente: bolhas, hiperpigmentação, alteração na coloração da pele devido ao aumento ou diminuição da melanina, prurido (coceira), queimaduras, eritema (vermelhidão), edema local, púrpura;
- 1.2. tatuagens, pintas e manchas na pele podem sofrer alterações com o tratamento, não estando ao alcance médico evitar tais alterações;
- 1.3. pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações de fotossensibilidade (reação do sistema imunológico desencadeada pelos efeitos da luz solar).
- 1.4. o tratamento não poderá ser realizado em pele bronzeada;

- 1.1. caso o efeito desejado não seja obtido, poderão ser necessários tratamentos adicionais, os quais serão cobrados;
- 1.2. cada organismo reage de forma distinta, e, por isso, não é possível prever e/ou garantir o resultado específico. No entanto, a equipe médica se compromete a utilizar os meios técnicos e científicos disponíveis, para alcançar o resultado mais próximo possível do esperado;

acordo do paciente

2. FOI-ME EXPLICADO QUE:

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. 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 quaisquer procedimentos, mas se compromete 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. A melhora proporcionada pelo procedimento ocorrerá somente após um número mínimo de sessões, a depender do organismo de cada 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;
- 3.4. algumas manchas e vasos podem não melhorar completamente, havendo a possibilidade de serem necessárias, posteriormente, outras modalidades de tratamento para a otimização dos resultados;



- 3.5.** não devo realizar esse tratamento se: epilepsia desencadeada por exposição luminosa, doenças ou medicamentos que causem fotossensibilidade;
- 3.6.** o acompanhamento e tratamento de eventuais intercorrências (enzimas, exames de imagem, medicamentos, procedimentos ou custos hospitalares) e todos os custos envolvidos serão de minha responsabilidade.

acordo do paciente

4. PARA QUE O PROCEDIMENTO TENHA SEUS EFEITOS POTENCIALIZADOS, ME FOI EXPLICADO QUE:

5.1



a pele não pode estar bronzeada;

5.2



para efeito de epilação, não fazer uso de métodos depilatórios com cera ou cremes depilatórios. Os pelos devem ser raspados (para que o procedimento seja eficaz os pelos devem ter de 01 a 02 mm de altura);

5.3



evitar irritantes para a pele, incluindo fragrâncias, perfumes, esfoliantes e ácidos. Para hidratação, é recomendado produtos sem perfume e sem álcool;

5.4



evitar exposição solar durante o tratamento;

5.5



obrigatório o uso de filtro solar com reaplicação a cada 3h, mesmo não se expondo ao sol;

5.5



contatar a equipe médica sempre em caso de dúvidas ou qualquer sintoma descrito ou não neste termo.

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/____