

# TERMO DE CONSENTIMENTO

## LASER E LED



### 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.

PROFISSIONAL	REGISTRO
NOME PACIENTE	
IDADE PACIENTE	DATA PROCEDIMENTO
QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE	
OBSERVAÇÕES	

O procedimento com Laser e LED, me foi minuciosa e especificadamente explicado, por isso, entendi que:

O procedimento Laser e LED atua na pele promovendo uma reação inflamatória ou fotoacústica e fotobioestimulação, cujo objetivo é melhorar a qualidade da pele, uniformizar, clarear, melhorar manchas, rejuvenescer, melhorar poros, entre outros.

### 1. A EQUIPE MÉDICA ME DEIXOU CLARO 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, realização em intervalos regulares e o seguimento, de forma rigorosa, das orientações médicas, inclusive os medicamentos prescritos Home Care, a depender do organismo de cada paciente;

1.2



**o efeito do tratamento poderá variar de acordo com os hábitos de vida** de cada paciente tais como tabagismo, uso de medicamentos, alimentação, exposição solar, atividades físicas e outros;

1.3



o tratamento poderá desencadear, precoce e/ou tardiamente: eritema (vermelhidão), edema local (roxo), manchas, alteração na textura e cicatrizes;

1.4



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;

1.5



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

**1.6** > a melhora proporcionada pelo procedimento ocorrerá somente semanas após a realização, em média é visto 3 a 4 meses após o tratamento, a depender do organismo de cada paciente;

**1.7** > a duração do tratamento depende das características de cada paciente, e do número de sessões realizadas pelo paciente;

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

**1.9** > posso adquirir reação e por todos os motivos acima especificados, eu autorizo a equipe médica realizar todos os procedimentos necessários e indicados em eventuais intercorrências.

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

## 2. DECLARO AINDA:

**2.1.** 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;

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

**3.1** evitar exposição da área tratada ao calor ou frio extremo;

**3.2** não se submeter à exposição solar antes ou após o procedimento. A exposição solar poderá desencadear manchas irreversíveis na pele;

**3.3** 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 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.