

TERMO DE CONSENTIMENTO

LASER LAVIEEN CAPILAR



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

O procedimento consiste em um sistema de laser fracionado de Thulium, não ablativo¹ que torna possível o aumento da vascularização do couro cabeludo aumentando os fatores de crescimento.

Na prática, é realizado através de um aparelho que possui diversas possibilidades de modos de utilização para tratamentos estéticos.

O aparelho possui intensidades variadas, sendo um tratamento personalizado e ajustável, cujo objetivo é liberar os fatores de crescimento capilar. Com relação aos fios do cabelo, pode melhorar a espessura e fortalecimento dos fios. Com a vascularização, a nutrição capilar pode evitar a queda de cabelo.

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 me submeter à exposição solar antes ou após o procedimento pois poderá desencadear efeitos adversos;



3.3

me hidratar adequadamente para que os efeitos sejam potencializados.



¹ O tratamento acontece a partir de ficções, proporcionadas pela luz, nas camadas mais superficiais da pele. Com isso, a desnaturalização de proteínas acontece para induzir a formação de novas fibras para sustentação da pele.

3.4

não se submeter à colorimetria nos 5 dias seguintes à sessão;

3.5

não estimular a descamação do couro cabeludo, ou seja, quando a pele começar a descascar não intervir com as mãos na retirada das casquinhas;

3.6

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

acordo do paciente

4. DECLARO AINDA:

4.1. 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;

4.2. 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

5. ENTENDI E CONCORDEI QUE:

- 5.1.** 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;
- 5.2.** a melhora proporcionada pelo procedimento ocorrerá somente após um número mínimo de sessões, a depender do organismo de cada paciente;
- 5.3.** o tratamento poderá desencadear, precoce e/ou tardiamente: vermelhidão, inchaços no local e regiões próximas, queimação, dormência e até aumentar a queda de cabelo;
- 5.4.** em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas;
- 5.5.** 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;
- 5.6.** 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;
- 5.7.** 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.





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/