

# TERMO DE CONSENTIMENTO

## LONG PULSE (1064)



### 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 de **Long Pulse ND-YAG 1064** me foi explicado minuciosa e especificadamente equipe médica, por isso entendo que:

O **Laser Nd-YAG 1064** é um equipamento de alta tecnologia que utiliza a radiofrequência para tratamentos de **rejuvenescimento** facial e corporal (flacidez cutânea, celulite, gordura localizada, estrias, fibroses e aderências). Tem como principal alvo o pigmento dos vasos sanguíneos (micro varizes da face). O objetivo do tratamento é promover a coagulação do vaso sanguíneo fazendo com que este seja posteriormente absorvido pelas células do corpo, desaparecendo gradualmente.

O uso do Laser Nd-YAG é indicado em casos de melasma, micose de unha, olheiras, remoção de pelos (finos e grossos), remoção de tatuagens (mais escuras e profundas), rosácea, rugas finas e tratamento vascular (somente na região da face).

### OTIMIZADOS, ME FOI EXPLICADO QUE DEVO:

- 1.1 > não manter a pele bronzeada pelo menos quatro semanas antes do procedimento;
- 1.2 > não pegar sol durante o tratamento;

- 1.3 > evitar exposição solar nos primeiros 60 (sessenta) dias;
- 1.4 > fazer uso de protetor solar, conforme orientação da equipe médica, mesmo não se expondo ao sol;
- 1.5 > não fazer uso de métodos depilatórios com cera ou cremes depilatórios, pelo menos 3 (três) dias antes do procedimento e até 14 dias após o procedimento;
- 1.6 > evitar atividade física conforme orientação médica;
- 1.7 > evitar consumo de bebida alcoólica e cigarros;
- 1.8 > converse com o seu médico sobre o uso de medicamentos como aspirina, anti-inflamatórios, anticoagulantes, Vitamina C e Ginkgo Biloba 48h antes e depois do procedimento.

acordo do paciente

## 2. ENTENDO E CONCORDO QUE:

- 2.1 a médica ou a sua equipe, não podem garantir resultado específico através da medicina, pois cada paciente possui características distintas e cada organismo se comporta de maneira diferente. Mas se comprometem a utilizar os meios técnicos e científicos disponíveis, para alcançar o resultado mais próximo possível do esperado;
- 2.2 o tabagismo, o uso de drogas e/ou álcool, ainda que não impeçam a realização do tratamento, podem comprometer o resultado do tratamento médico.

acordo do paciente

## 3. FOI-ME ORIENTADO E, ESTOU CIENTE QUE:

- 3.1. o procedimento pode desencadear precoce e/ou tardiamente: equimoses (roxos), vermelhidão, inchaço, queimadura leve superficial, descoloração temporária da pele, assim como a possibilidade de ocorrência, ainda que rara, de efeitos colaterais, tais como cicatriz ou descoloração, que são reversíveis com tratamento adequado;
- 3.2. existe a possibilidade de reativação do herpes simples se estiver predisposto e for portador de herpes simples;
- 3.3. o paciente compromete-se, em caso de aparecimento de qualquer efeito secundário, a entrar em contato de imediato com um dos médicos da Clínica;
- 3.4. a pele bronzada natural e/ou artificialmente não deve ser tratada com laser.

#### 4. DECLARO AINDA:

- 4.1. 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;
- 4.2. que informei à médica caso esteja com a pele sensível após peeling químico e/ou caso esteja com a pele rachada/infeccionada;
- 4.3. que informei à médica, todos os medicamentos que uso ou usei recentemente, bem como aos quais tenho alergia, inclusive tipos de anestésicos;
- 4.4. que informei à médica sobre a utilização de marcapasso ou desfibrilador e caso faça tratamento com radioterapia.



#### SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS:

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

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, para discussão do caso clínico com outros colegas médicos, para fins de pesquisa acadêmica, publicações em redes sociais, publicações acadêmicas, cursos, palestras e congressos médicos.

**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.