

# TERMO DE CONSENTIMENTO

## LUZ INTENSA PULSADA



### 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 **Luz Intensa Pulsada** me foi detalhadamente explicado pela equipe médica, por isso, entendi que:



É indicado para **tratar manchas, rosáceas, estrias rubras, cicatrizes, face eritematosa, acne, 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.

1.1 Declaro estar ciente de que o tratamento com Luz Intensa Pulsada (LIP) poderá, de forma precoce ou tardia, desencadear efeitos adversos, tais como: bolhas, hiperpigmentação, alteração na coloração da pele devido ao aumento ou diminuição da melanina, prurido (coceira), queimaduras, eritema (vermelhidão), edema local e púrpura.

1.6 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;

1.2 tatuagens, pintas e manchas na pele podem sofrer alterações com o tratamento, não estando ao alcance médico evitar tais alterações;

1.5 caso o efeito desejado não seja obtido, poderão ser necessários tratamentos adicionais, os quais serão cobrados;

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. A EQUIPE MÉDICA ME EXPLICOU QUE:

## 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. ENTENDO E CONCORDO QUE:

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;

**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;

não devo realizar esse tratamento se: epilepsia desencadeada por exposição luminosa, doenças ou medicamentos que causem fotossensibilidade;



**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;

algumas manchas e vasos podem não melhorar completamente, havendo a possibilidade de serem necessárias, posteriormente, outras modalidades de tratamento para a otimização dos resultados;

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:

### 4.1

a pele não pode estar bronzeada;

### 4.2

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);

### 4.3

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

### 4.4

evitar exposição solar durante o tratamento;

### 4.5

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

### 4.6

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 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. A consulta de retorno deverá ser realizada em até 15 (quinze) dias do primeiro procedimento, sem exceção

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Paciente:  
CPF:

\_\_\_\_\_  
PROFISSIONAL.