

TERMO DE CONSENTIMENTO

DISCOVERY PICO



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 Discovery Pico me foi explicado minuciosa e especificadamente equipe médica, por isso entendo que:

O Discovery Pico é uma tecnologia de laser com direferentes comprimentos de onda com pulsos em trilionésimos de segundos. A tecnologia produz um efeito fotoacústico e não térmico. É indicado para controle de manchas, remoção de tatuagem e para a promoção do rejuvenescimento.

1. ME FOI EXLICADO E ENTENDI 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, a depender do organismo de cada paciente;

1.2



o resultado do procedimento depende das características de cada indivíduo e do número de sessões realizadas pelo paciente, que será determinado pelo médico ao longo do tratamento;

1.3



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.

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.
- 2.3. não utilizar prótese metálica na região tratada;
- 2.4. não estar realizando radioterapia ou quimioterapia;
- 2.5. não ter sintomas ou diagnóstico de doença autoimune como lúpus;
- 2.6. não possuir hipertensão arterial descompensada;

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, mas se comprometem 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;
- 3.3 ficam sob minha responsabilidade qualquer despesa hospitalar e médica gerada em virtude de internação ou intervenções por intercorrência médica.

acordo do paciente

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

- 4.1 não manter a pele bronzada pelo menos quatro semanas antes do procedimento;
- 4.2 evitar exposição solar nos primeiros 10 dias;
- 4.3 evitar atividade física conforme orientação da equipe médica;
- 4.4 evitar consumo de bebida alcoólica e cigarros;
- 4.5 suspender o uso de isotretinoína com, no mínimo, 02 (dois) meses de antecedência;
- 4.6 comunicar a equipe médica caso tenha intenção de realizar preenchimento ou tratamento com toxinas;
- 4.7 evitar o uso de ácido acetilsalicílico ("Aspirina", "AAS") antes do tratamento a fim de evitar o risco de púrpura;
- 4.8 não usar perfume sobre o local do procedimento;
- 4.9 obrigatório o uso de filtro solar com reaplicação a cada 3h, mesmo não expondo-se ao sol;
- 4.10 qualquer dor, desconforto, bolha, secreção na pele e mucosas, ou alguma outra dúvida, entrar em contato com a médica;
- 4.11 contatar a equipe médica sempre em caso de dúvidas ou qualquer sintoma descrito ou não neste termo.

acordo do paciente

5. Foi-me orientado que o corpo humano pode ter variações individuais e, por isso:

- 5.1. existem riscos e complicações associados a todos os procedimentos de tratamento a laser da pele. O tratamento com Laser picossegundos poderá desencadear, precoce e/ou tardiamente: dor, eritema, edema, sangramento pontual, crostas, bolhas, cicatrizes, hiperpigmentação pós-inflamatória e hipopigmentação pós-inflamatória, depilação coincidental, irritação, coceira, hematomas, descamação, pêlos encravados, que geralmente diminuem/desaparecem em 5-7 dias;
- 5.2. em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas;
- 5.3. em caso de predisposição, existe a possibilidade de reativação do herpes simples.



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 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.