

# TERMO DE CONSENTIMENTO

## SPECTRA - PERIOCLAR

Cod-28-2022



### 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 **Spectra™** me foi explicado minuciosa e especificadamente pela equipe médica, por isso entendo que:

O Spectra™ XT é uma plataforma laser que tem por principal característica a afinidade por pigmentos. A velocidade do laser é ultrarrápida, disparando a luz em nanosegundos, possibilitando assim melhores resultados.

Quando utilizado na região dos olhos, é necessário a utilização do protetor intraocular, pois a radiação pode causar danos à retina, córnea e outras estruturas oculares.

O protetor intraocular pode causar irritação ou lesão na córnea, geralmente momentânea, por isso, é necessário comunicar o médico em caso de dor no olho, lacrimejamento, visão embaçada ou vermelhidão contínua.

### 1. FOI-ME EXPLICADO 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 desconfiança de gravidez. Foi-me amplamente alertado que não é indicada a realização do procedimento durante a gravidez e/ou durante a amamentação;

2.2



não utilizar prótese metálica na região tratada;

2.3



não estar realizando radioterapia ou quimioterapia;

2.4



não ter sintomas ou diagnóstico de doença autoimune como lúpus;

2.5



não ter sintomas ou diagnóstico com hipertensão arterial;

2.6



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:

- 3.1** 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 quando submetido a procedimentos invasivos. 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.

acordo do paciente

4

Estou ciente ainda, que ficam sob minha responsabilidade qualquer despesa hospitalar e médica gerada em virtude de internação ou intervenções por intercorrência médica.

acordo do paciente

### 5. A EQUIPE MÉDICA DEIXOU CLARO QUE O CORPO HUMANO PODE TER VARIAÇÕES INDIVIDUAIS, POR ISSO, ENTENDI QUE:

- 5.1** existem riscos e complicações associados a todos os procedimentos de tratamento a laser da pele. O tratamento com Spectra™ XT poderá desencadear, precoce e/ou tardiamente: hiperpigmentação, alteração na coloração da pele devido ao aumento ou diminuição da melanina, prurido (coceira), queimaduras, eritema (vermelhidão), edema local, púrpura;
- 5.2** em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas;
- 5.3** existe a possibilidade de reativação do herpes simples, em caso de predisposição.

acordo do paciente

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

- 6.1** não estar com a pele bronzeada por pelo menos quatro semanas antes do procedimento;
- 6.2** evitar exposição solar nos primeiros 10 dias;
- 6.3** obrigatório o uso de filtro solar conforme orientação médica, mesmo não se expondo ao sol;
- 6.4** evitar atividade física conforme orientação médica;
- 6.5** evitar consumo de bebida alcoólica e cigarros;
- 6.6** suspender o uso de isotretinoína com, no mínimo, 02 (dois) meses de antecedência;
- 6.7** evitar o uso de ácido acetilsalicílico ("Aspirina", "AAS") antes do tratamento a fim de evitar o risco de púrpura;
- 6.8** não usar perfume sobre o local do procedimento;
- 6.9** qualquer dor, desconforto, bolha, secreção na pele e mucosas, ou alguma outra dúvida, entrar em contato com a médica;
- 6.10** 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, 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.