

# TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

## LASER ND: YAG ASSOCIADO À ESCLEROTERAPIA



### 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 PACIENTE

CPF

IDADE PACIENTE

DATA PROCEDIMENTO

QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE

OBSERVAÇÕES MÉDICAS

Me foi explicado minuciosa e especificadamente pela médica e a sua equipe multidisciplinar, por isso entendo que:

O tratamento de telangiectasias (vasinhos) e veias nutridorais superficiais (reticulares) associa a energia térmica do Laser transdérmico, aplicada diretamente sobre as áreas afetadas, e a injeção de medicamentos (glicose, polidocanol ou agentes combinados), com objetivo de desenvolver, no local, ação para o fechamento do vaso.

O **Laser Nd-YAG 1064** é uma tecnologia para o tratamento de telangiectasias e veias reticulares. O objetivo do tratamento é promover a coagulação do vaso sanguíneo fazendo com que este seja posteriormente absorvido pelas células do corpo, desaparecendo gradualmente.

### 1. FOI-ME EXPLICADO QUE:

- 1.1. cada organismo reage de forma específica e, por isso, **não é possível garantir e assegurar a cura da doença tratada;**
- 1.2. o tratamento pode **não ser definitivo** e que pode haver a necessidade de aspiração ou drenagem de coágulos dentro da veia tratada para alívio da dor local e para reduzir o risco de hiperpigmentação e possibilidade de tratamentos escleroterápicos adicionais e acompanhamento vascular regular.

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

## 2. TODO PROCEDIMENTO MÉDICO TEM RISCOS DE COMPLICAÇÕES, COMO:

2.1



Precoce ou tardiamente, o desconforto ou dor nas áreas de punção ou trajeto da veia tratada, hiperemia (vermelhidão) nas áreas tratadas, equimoses (áreas arroxeadas) e edemas (inchaços).

2.2



é possível a formação de pigmentação (manchas) ou despigmentação (pontos esbranquiçados) em áreas tratadas, “matting” (formação de novas áreas com microvasos ou acentuação deles) e a formação de sangue retido com aspecto de coágulo, podendo necessitar de drenagens locais;

2.3



constam na literatura, complicações e intercorrências muito raras, que podem ter consequências permanentes ou que demandem novos tratamentos como bolhas, queimaduras, alergia cutânea ou sistêmica e flebites (tromboses superficiais).

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

### 3. DECLARO AINDA:

- 3.1. não estar em período gestacional, tampouco com qualquer desconfiança de gravidez. Foi-me amplamente alertado que não é indicada a realização do procedimento durante a gravidez;
- 3.2. que informei ao médico assistente, todos os medicamentos que uso ou usei recentemente, bem como aos quais tenho alergia, inclusive tipos de anestésicos;
- 3.3. estar ciente e autorizar o uso de adrenalina e/ou anti-histamínico em caso de reação alérgica grave.

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



### 4. ME FOI EXPLICADO QUE DEVO INFORMAR A EQUIPE MÉDICA PREVIAMENTE A RESPEITO DE:

- 4.1. doenças recentes ou condições médicas, tais como doenças cardíacas;
- 4.2. uso de medicamentos ou suplementos, como anti-inflamatórios (especialmente aspirina), anticoagulantes ou antibióticos para alergias;
- 4.3. consumo de bebida alcoólica, cigarros e contraceptivos orais, podem aumentar o risco de coágulos sanguíneos.

## 5. ENTENDI E CONCORDO QUE:

5.1 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

## 6. FOI-ME EXPLICADO QUE:

6.1



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 ciclos de tratamento, a depender do organismo de cada paciente;

6.2



o aparecimento de novas varizes ou vasinhos faz parte da doença e tem alta chance de vir a ocorrer, independentemente do tratamento utilizado;

6.3



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

6.4



é de inteira responsabilidade do paciente, a continuidade do tratamento proposto pelo médico, para alcançar os objetivos desejados, conforme orientado no plano de tratamento anexo;

6.5



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;

6.6



a médica e/ou a sua equipe, **não podem garantir resultado específico**, pois cada organismo se comporta de maneira diferente quando submetido a tais procedimentos. Mas se comprometem a utilizar os meios técnicos e científicos disponíveis, para alcançar o resultado mais próximo possível do esperado.

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

## 7. PARA QUE O PROCEDIMENTO SEJA OTIMIZADO, ME FOI SOLICITADO E INFORMADO QUE DEVO:

7.1 evitar exposição solar da área tratada após o procedimento enquanto houver equimose (roxo);

7.2 fazer uso de filtro solar, mesmo que sem exposição solar;

7.3 não realizar bronzamento artificial;

7.4 fazer uso de hidratantes na área tratada;

7.5 retornar após o procedimento para controle e retornos conforme estabelecidos no plano de tratamento;

7.6 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 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, cursos, palestras e congressos médicos necessários.

**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.(a):  
CRM/\_\_\_\_