

TERMO DE CONSENTIMENTO APLICAÇÃO DE LASER FRACIONADO

PACIENTE

Nome: _____ -

Identidade: _____; CPF: _____; Idade: _____

Responsável (se menor ou incapaz):

_____ CPF: _____

NOME _____ DO(A) _____ MÉDICO(A):

CRM-GO: _____

Membro especialista como titular pela Sociedade Brasileira De Dermatologia Profissional credenciado sob o RQE nº _____

EQUIPAMENTO

Utilizado: _____

Por determinação explícita de minha vontade ou de meu representante legal, por este termo, **autorizo** o(a) médico(a) acima qualificado e todos os demais profissionais a ele(a) vinculados neste ato, a realizar o procedimento **APLICAÇÃO DE LASER FRACIONADO** em minha pessoa, bem como outros cuidados e tratamentos terapêuticos necessários ao melhor resultado do procedimento indicado.

Declaro que fui devidamente informado(a) quanto aos seguintes aspectos do tratamento:

1. O laser de fracionado serve para várias indicações, entre elas: rejuvenescimento da pele, suavizar/melhorar flacidez, suavizar/melhorar rugas e flacidez da pele, suavizar/melhorar cicatrizes e estrias, suavizar/melhorar manchas e tratar alguns tumores e lesões benignas;
2. Os resultados clínicos podem variar conforme os diferentes tipos de pele e características individuais de cada paciente;

3. Eu compreendo que existe a possibilidade de alguns efeitos adversos previsíveis e de curta duração, tais como **vermelhidão** e com um pouco de inchaço, **leve queimadura, descoloração da pele, que, em sua maioria, são reversíveis.**

4. O procedimento é pouco doloroso (intensidade varia de acordo com o limiar de tolerância de cada paciente), não invasivo e pode ser associado a outros procedimentos.

COMO FUNCIONA:

5. O laser fracionado age aquecendo a pele, causando **estímulo e reestruturação das fibras de colágeno da pele**, reduzindo a flacidez, rugas, bem como remodelando cicatrizes e uniformizando a superfície cutânea;

6. Os resultados são variáveis, podendo ser observados desde a primeira semana até dois meses, e o estímulo do colágeno se mantém, progressivamente, até seis meses após o procedimento, a depender da imperfeição tratada, da resposta individual e da quantidade de sessões já feitas;

7. A quantidade de sessões a ser feita é variável e **depende do objetivo a ser alcançado** pelo(a) paciente, da resposta individual, da disponibilidade do paciente e da indicação médica;

8. Também é fundamental realizar sessões de manutenção, a fim de conservar o resultado adquirido com o tratamento inicial. É importante **lembrar que os resultados não são permanentes**, já que o envelhecimento da pele é dinâmico, ou seja, estamos envelhecendo constantemente;

9. Estou ciente de que o grau efetivo de melhora **não pode ser previsto ou garantido** pelo meu **médico(a)**, pois isso depende da reação individual de cada paciente ao tratamento;

10. Há a possibilidade, mesmo que remota, de efeitos colaterais tais como formação de cicatriz ou descoloração permanente da pele e essas implicações me foram totalmente explicadas.

CONTRA-INDICAÇÕES:

- **Não podem fazer uso do LASER FRACIONADO** pessoas com a pele bronzeada, com doenças que podem ser desencadeadas **pela luz e/ou calor**, portadoras de epilepsia, portadoras de urticária solar, portadoras de lesões malignas ou pré-malignas, gravidez, que fazem uso de medicamentos que sensibilizam a pele à luz (tetraciclina, por exemplo), portadoras de infecções ativas (bacterianas, virais ou fúngicas) e submetidas à preenchimentos com metacrilato, silicone, Goretex, na área a ser tratada;

- Entendo que devo informar meu/minha médico(a), em caso de histórico de herpes simples, histórico de quelóide, lúpus ou cicatrizes hipertróficas, bem como doenças anteriores.

CUIDADOS PRÉ-LASER

- É necessário o uso do antiviral _____, em caso de antecedente de herpes simples e/ou queiloide;
- É indispensável a remoção de toda maquiagem antes da sessão;
- **Também fui aconselhado(a) a evitar exposição solar** para diminuir o risco de complicações em meu tratamento e sobre a necessidade de utilização de protetor solar no período anterior ao tratamento de, no mínimo, _____;
- Fui esclarecido sobre o uso de anestésico, do tipo _____, que deverá ser aplicado da seguinte forma: _____

_____;

DURANTE A REALIZACAO DO LASER:

- Os olhos serão protegidos com óculos especiais, que serão fornecidos pelo médico responsável pelo aparelho, durante a realização do laser, como forma de proteção ocular;
- Haverá sensação de ardor, dor e queimação, porém, toleráveis;
- Um aparelho de resfriamento poderá ser usado e/ou cremes tópicos poderão ser aplicados, a fim de reduzir o desconforto. Esse resfriamento não interfere com os resultados, pelo contrário, diminui riscos de complicações;
- A sensação de calor e ardência na pele dura, em média, de 40 minutos a 04 horas após a realização do procedimento;
- Medicções tópicas e ou orais serão administradas após a sessão para aliviar a sensação de incômodo;
- Aparecerá inchaço e vermelhidão por cerca de 03 (três) dias, sendo substituídos pelo aparecimento de pequenas crostas, que duram, aproximadamente, de 7 a 21 dias;
- Poderá haver o aumento da sensibilidade cutânea (da pele) ou dor (dependendo da sensibilidade e do limiar de dor de cada paciente) podendo perdurar por alguns meses ;
- A formação de crostas acontece no pós-laser e a não remoção das crostas é essencial para o bom resultado do procedimento;
- Se for observada piora geral na área tratada e, não, demonstre a evolução positiva (cada vez mais vermelha e com coceira após o início da cicatrização), com aparecimento de vesículas, bolhas, secreção purulenta ou mesmo inchaço persistente, por período maior que 24h (vinte e quatro horas), pode ser um sinal de que reações anormais estão começando a se formar. Acaso observada algumas dessas reações, o paciente deverá entrar em contato com o(a) médico(a)

imediatamente, de modo que procedimentos adequados sejam realizados a contento.

CUIDADOS PÓS LASER:

- Não lavar a face por 24 horas após;
- Uso de medicações tópicas e/ou orais, conforme prescrição médica;
- Não manipular (**esfregar, massagear ou coçar**) a área tratada até a completa recuperação da pele;
- Limpar a pele com sabonete suave orientado ou prescrito pelo médico e enxugar delicadamente para evitar efeitos indesejados;
- Estou ciente que o uso de maquiagem só pode ser feito sob autorização do(a) meu/minha médico(a);
- Compreendo que **NÃO** devo me **EXPOR AO SOL DURANTE TODO O TRATAMENTO E PELO MENOS POR 02 (DOIS) MESES** após seu término;

A aplicação da do laser fracionado em minha pessoa possui os seguintes objetivos:

1. _____

2. _____

3. _____

RISCOS/COMPLICAÇÕES

- Algumas complicações podem acontecer, a depender de vários fatores, principalmente, se não forem seguidas as orientações médicas para o período pós-laser, entre elas: reativação ou ativação do melasma (manchas escuras) ou manchas brancas (acromia), temporárias ou definitivas, queimaduras, foliculite, formação de cicatriz hipertrófica e/ou quelóide (que se sobressai) e ou atrófica (cicatriz rebaixada); eritema (vermelhão) na área tratada, que pode durar de 24 horas a vários meses; surgimento de doenças provocadas pela luz, desde que o paciente desconheça esta possibilidade, cicatrizes altas e vermelhas; ativação do herpes simples, principalmente, em quem **não fez a profilaxia com antiviral** ou mesmo em quem nunca teve a história de herpes simples.

A aplicação do laser fracionado em minha pessoa possui os seguinte objetivos:

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

DISPOSIÇÕES GERAIS

Eu entendo que tanto o(a) médico(a) quanto sua equipe obrigam-se unicamente a usar todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o resultado desejado, tanto quanto ao percentual de melhora dos resultados atingidos.

Comprometo-me em cooperar **plenamente** com meu/minha médica, responsável por meu tratamento, **desde a consulta inicial até meu restabelecimento completo**, cumprindo todos meus deveres como paciente no contrato firmado.

Eu sei que devo aceitar e seguir todas as determinações e orientações que me forem indicadas (oralmente e/ou por escrito) por meu/minha médico(a), pois, em não havendo colaboração de minha parte, **poderei comprometer o tratamento executado e o resultado final do procedimento**, além de pôr em risco minha saúde e meu bem estar.

Eu compreendo e aceito o fato de que o **tabagismo e doenças crônicas**, o uso de **medicamentos para emagrecer, antibióticos, álcool, drogas lícitas e ilícitas**, ainda que não impeçam a realização deste procedimento, **são fatores que podem desencadear complicações ou comprometer o resultado desejado.**

Declaro que não estou grávida, acaso seja paciente do sexo feminino.

Eu asseguro ter feito um **relato cuidadoso e fiel da minha história pessoal e familiar de saúde física e mental**, além de informar se possuo alguma **reação alérgica ou incomum a medicamentos** anteriormente utilizados, dentre outros componentes alergênicos.

Declaro que fui verdadeiro(a) quanto a possuir ou não alguma **doença sanguínea ou sistêmica, reações na pele, sangramento anormal, dificuldade de cicatrização, doenças imunológicas, doenças neurológicas** ou quaisquer outras condições relacionadas à minha saúde que possam comprometer o resultado do tratamento ou meu estado de saúde.

Compreendo, ainda, que deverei informar ao meu/minha médico(a) todo e qualquer medicamento/droga que esteja utilizando, **seja ele legal ou ilegal, alopático, homeopático ou fitoterápico.**

Portanto, **entendo** que eventuais omissões ou falhas nas informações a mim solicitadas

pelo(a) médico(a) podem resultar em significantes complicações de meu tratamento ou meu estado de saúde, dos quais serei responsável em decorrência da minha omissão.

Entendo que melhores resultados de rejuvenescimento são obtidos por meio da associação de diversos tratamentos, entre eles toxina botulínica, luz pulsada, tratamento de pele e reposição de volume facial.

Declaro que nada omiti em relação à minha saúde e que esta declaração **passa a fazer parte da minha ficha clínica.**

CONCORDO E COMPROMETO-ME, também, em retornar ao consultório médico, no período indicado pelo(a) meu/minha médico(a), para controle e instruções - ainda que resida em cidade distinta da que foi realizada o procedimento, e informar, **de imediato, qualquer circunstância nova que possa ser divergente das orientações e informações recebidas**, sob pena de limitar o sucesso do procedimento médico a que fui submetido.

Autorizo o registro por meio de fotos, sons, imagens, dentre outras formas, do(s) procedimento(s) necessários e seu(s) resultado(s), por compreender que tais registros, são exigência médico-legal, e ainda representam uma alternativa importante **para controle e acompanhamento do meu estado de saúde.**

EU AUTORIZO() **OU NÃO AUTORIZO**() a disponibilidade dos registros de meu tratamento para estudos com fins científicos, estando sempre preservada minha identidade.

Declaro, por último, que tive a oportunidade de **esclarecer todas as minhas dúvidas** relativas ao procedimento ao qual, voluntariamente, submeter-me-ei, que me foram informadas a **natureza e características do procedimento proposto, a finalidade**, bem como dos **resultados esperados.**

Também me foram informados **os possíveis riscos conhecidos, complicações e benefícios esperados** relativos ao tratamento proposto e **as formas alternativas de tratamento, incluindo o não-tratamento**, razão pela qual **atesto que com tais explicações e esclarecimentos estou plenamente satisfeito(a) e que compreendi e aceito me submeter ao(s) tratamento(s) proposto(s) e autorizo o(a) profissional abaixo designado(a) a realiza-lo(s) e, desta forma, eu aceito os riscos e possíveis complicações inerentes ao mesmo.**

Estou ciente de que **poderei revogar o presente termo de consentimento a qualquer momento**, bastando para tanto que comunique minha decisão ao(a) meu/minha médico(a) e assine, conjuntamente com ele(a), o **Termo de Revogação** ou **Termo de Abandono de**

Tratamento, que será disponibilizado no momento da declaração da vontade de não me submeter ao procedimento acima proposto.

E para que fique registrado o seu pleno consentimento em submeter-se ao procedimento acima descrito, firma o presente documento em 02 (duas) vias, as quais vão também assinadas por 02 (duas) testemunhas. Uma das vias será destinada ao(a) Médico(a) e a outra será entregue ao(a) paciente.

Goiânia?GO, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) paciente ou do(a) responsável legal

_____ CRM: _____

Assinatura do(a) Médico(a)

Testemunhas: 1. _____ RG: _____

2. _____ RG: _____