

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO ESCLARECIDO
PARA PROCEDIMENTO COM LUZ INTENSA PULSADA

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 _____

Por determinação explícita de minha vontade ou de meu representante legal, por este termo, **autorizo** o(a) médico(a) acima indicado e todos os demais profissionais a ele(a) vinculados neste ato, a realizar o procedimento com **LUZ INTENSA PULSADA** 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/procedimento:

1 - O _____ é um equipamento de luz intensa pulsada, com uma tecnologia que emite uma fonte de energia luminosa, que **permite amenizar e até mesmo corrigir várias lesões da pele facial e corporal**, como manchas e vasos, rugas finas, olheiras, sardas, envelhecimento facial, das mãos, do dorso e pescoço, rosácea e depilação progressiva prolongada, que pode ser utilizado em diversos tratamentos estéticos, sejam eles para a região do rosto ou demais áreas do corpo;

2 - Os resultados clínicos podem variar conforme os diferentes tipos de pele e características individuais de cada paciente, podendo o procedimento ser associado a outros tratamentos;

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;

5 - 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, geralmente se indicando, no mínimo, 03 (três) sessões;

6 - Há a possibilidade, mesmo que remota, de efeitos colaterais tais como formação de cicatriz ou descoloração permanente e essas implicações me foram totalmente explicadas;

7 - 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.

CONTRAINDICAÇÕES:

Não podem fazer uso da LUZ INTENSA PULSADA pessoas com a pele bronzada, 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 (tetraciclinas, por exemplo), portadoras de infecções ativas (bacterianas, virais ou fúngicas) e submetidas a 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 queiloide, lúpus ou cicatrizes hipertróficas, bem como doenças anteriores.

CUIDADOS PRÉ-LASER

- É necessário o uso do antiviral _____, em caso de antecedente de herpes simples;

- 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 será fornecido pelo médico responsável pelo aparelho, durante a realização do procedimento, como forma de proteção ocular;
- Haverá sensação de ardor, dor e queimação, porém, toleráveis;
- A sensação de calor e ardência na pele dura, em média, de 20 minutos a duas horas após a realização do procedimento;
- Poderão ser indicados tratamentos tópicos e ou sistêmicos para aliviar a sensação de incomodo na pós procedimento;
- Acaso ocorra o aparecimento de vesículas, bolhas, secreção purulenta ou mesmo inchaço persistente, por período maior que 02 (dias) dias, compreendo que deverei entrar em contato com o médico(a) responsável, o mais rápido possível;
- Além disso, estou ciente de que, acaso sinta necessidade de receber outros esclarecimentos ou orientações, poderei entrar em contato com o médico(a) responsável.

CUIDADOS PÓS LASER:

- 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 luz pulsada em minha pessoa possui os seguintes objetivos:

1. _____
—
2. _____
—
3. _____
—
4. _____
—

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, laser fracionado de CO2, 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, submetter-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: _____