

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA DEPILAÇÃO
A LASER**

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: _____

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 de **DEPILAÇÃO A LASER** 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:

- O processo de depilação a laser consiste **na eliminação da raiz do pelo** através da aplicação de feixe de luz altamente concentrado. Esse feixe de luz é absorvido pelo pigmento localizado na raiz do pelo, onde essa energia luminosa, que é transformada em energia térmica, destruindo as células tronco, presentes no bulbo de pelo.
- O procedimento de depilação a laser é realizado em várias sessões (de cinco a oito), com duração proporcional da área a ser tratada.

- Como em qualquer tipo de tratamento médico, o resultado pode variar de paciente para paciente, assim, compreendo que é necessário fazer a consulta de reavaliação ao final do tratamento, quando a critério do médico responsável, poderá ser identificada a necessidade de eventuais aplicações adicionais, além de outras aplicações para fins de manutenção do resultado.
- A depilação é denominada como permanente porque os pelos, desde sua raiz, são retirados, porém não é capaz de eliminar pelos novos que virão a nascer, naturalmente, ou por desequilíbrio hormonal ou por qualquer outra causa.
- A eficácia do tratamento depende do tipo de pele, da cor, da espessura e do tempo de crescimento do pelo. O tratamento não é tão eficaz em pelos ruivos, brancos ou loiros, como em pelos escuros, já que, este tipo de procedimento depende da absorção da melanina e os pelos ruivos, brancos ou loiros não absorvem eficazmente a luz.
- Eu compreendo que existe a possibilidade de alguns efeitos adversos previsíveis de curta duração, tais como **vermelhidão**, um pouco de **inchaço**, **leve queimadura**, além de **descoloração** temporária da pele. Tais sintomas podem durar de 24 horas até 06 meses.
- O procedimento é não-invasivo e, desde que usado dentro dos parâmetros adequados, pode ser aplicado em qualquer tipo de pele.
- É recomendado o prazo mínimo de duas semanas entre uma sessão e outra, sendo o prazo de um mês o ideal para um melhor resultado.
- Há a possibilidade, mesmo que remota, de efeitos colaterais, tais como cicatriz ou descoloração permanente e essas implicações me foram totalmente explicadas.
- 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.
- **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 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 quelóide, lúpus ou cicatrizes hipertróficas, bem como doenças anteriores.

CUIDADOS PRÉ-LASER

A preparação prévia consiste em **evitar extrair** os pelos **30 dias antes ao procedimento**, seja por meio de depilação com cera, pinça ou linha. Caso contrário, poderá ser necessário um número maior de sessões com o laser.

Os pelos da região tratada poderão ser aparados antes e entre as secções, utilizando-se lâmina de barbear ou tesoura.

Antes das sessões, o pelo deve ser **aparado** por lâmina de barbear ou tesourinha.

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.

CUIDADOS PÓS-LASER:

- Não manipular (**esfregar, massagear ou coçar**) a área tratada até a completa recuperação da pele, nem remover crostas, acaso ocorram;
- Compreendo que **NÃO** devo me **EXPOR AO SOL PELO MENOS POR 02 (um) MÊS** após o procedimento, assim como entre as sessões do tratamento, ou a critério do(a) meu/minha médico(a);

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 (que se sobressai) e ou atrófica (cicatriz rebaixada); eritema (vermelhão), que pode durar de 24 horas a vários meses; desde que o paciente desconheça esta possibilidade, cicatrizes altas e vermelhas e ativação do herpes simples.

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 médico, 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 cirúrgicas ou comprometer o resultado desejado.**

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

Afirmo, também, não ser portador(a) de nenhuma **doença autoimune** (doença que cause alterações nas defesas do organismo – que ocasionam problemas no sistema imunológico do paciente).

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, bem como a alimentos, picadas ou mordidas de insetos, anestésicos, pólen e poeira, 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 utilizado nos últimos quinze dias antes do procedimento**, 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 minha omissão.

Declaro que nada omiti em relação à minha saúde e que esta declaração **passa a fazer parte da minha ficha clínica**, ficando o médico autorizado a utilizá-la em qualquer

época, no amparo e em sua defesa, sem que tal autorização implique em qualquer tipo de ofensa a minha intimidade ou minha honra.

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.

EU AUTORIZO () OU NÃO 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, além de serem uma exigência médico-legal, ainda representam uma alternativa importante **para controle e acompanhamento do meu estado de saúde**, bem como de estudo e de informação científica.

Declaro, por último, que tive a oportunidade de **esclarecer todas as minhas dúvidas** relativas ao ato cirúrgico/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** e de **outras possíveis alternativas de tratamento para este problema ou condição de saúde**, como também 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 designada a realizar o(s) procedimento(s) necessário(s) e, desta forma, eu aceito os riscos e possíveis complicações inerentes a este procedimento e quero submeter-me ao mesmo, pois estou convicto(a) de que os benefícios esperados de minha parte são maiores e mais importantes que os possíveis riscos.**

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) Assistente(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: _____