

TERMO DE CONSENTIMENTO APLICAÇÃO DE LASER FRACIONADO

DADOS DO(A) PACIENTE

Nome: _____

RG nº: _____; CPF nº: _____; Idade: _____

Responsável (se menor ou incapaz):

CPF: _____

NOME _____ DO(A) _____ MÉDICO(A):

CRM-RN: _____

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 de **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. A aplicação do laser fracionado serve para várias indicações, entre elas: rejuvenescimento da pele, suavizar/melhorar flacidez da pele, suavizar/melhorar rugas 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.
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 02 meses, e o estímulo do colágeno se mantém, progressivamente, até 06 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 ou agravadas **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 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 ou atróficas, bem como doenças anteriores.

CUIDADOS PRÉ-LASER

- É necessário o uso do antiviral _____, em caso de antecedente de herpes simples e/ou quelóide;
- 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;
- Poderão ser indicados tratamentos tópicos e ou sistêmicos para aliviar a sensação de incomodo na pós procedimento;
- São previsíveis inchaço e vermelhidão por cerca de 03 (três) dias na área tratada, sendo substituídos pelo aparecimento de pequenas crostas, que podem durar, aproximadamente, de 7 a 21 dias;
- Poderá haver o aumento da sensibilidade da pele ou dor (dependendo da sensibilidade e do limiar de dor de cada paciente) e que 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, por orientação ou prescrição médica e enxugar a área tratada delicadamente para evitar efeitos indesejados;
- Estou ciente que o uso de maquiagem só poderá 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 cicatrizes hipertróficas e/ou queloides (que se sobressai) e ou atróficas (cicatriz rebaixada); eritema (vermelhão) na área tratada, que poderão 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 seguintes objetivos:

- _____
- _____

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, allopático, 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 tratamento e evolução 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.

Natal/RN, _____ de _____ de _____.

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

_____ **CRM/RN:** _____

Assinatura do(a) Médico(a)

Testemunhas: 1. _____ **RG:** _____
2. _____ **RG:** _____

