

Termo de consentimento — laser e luz pulsada

Termo de consentimento livre e esclarecido para procedimento com laser ou luz intensa pulsada (depilação, rejuvenescimento ou tratamento de manchas)

Identificação

Nome: [nome completo] CPF: [número] Data de nascimento: [dd/mm/aaaa]

Telefone/WhatsApp: [número] Profissional responsável: [nome]

Procedimento: procedimento com laser ou luz intensa pulsada (depilação, rejuvenescimento ou tratamento de manchas) Região: [região] Data: [dd/mm/aaaa]

O que é o procedimento

Declaro que fui informada, em linguagem clara, sobre o que é procedimento com laser ou luz intensa pulsada (depilação, rejuvenescimento ou tratamento de manchas), como é realizado, quantas sessões costumam ser necessárias, qual o intervalo entre elas e quais resultados são esperados. Entendo que o resultado varia de pessoa para pessoa e que não há garantia de resultado específico.

Riscos e possíveis reações

Fui informada de que podem ocorrer, entre outras, as seguintes reações:

- Vermelhidão, ardência e sensação de queimadura leve após a sessão
- Inchaço ao redor dos folículos (pápulas) por algumas horas
- Alteração temporária da cor da pele: manchas mais claras ou mais escuras
- Queimadura superficial e, raramente, bolhas ou cicatriz, sobretudo com bronzado recente
- Crescimento paradoxal de pelos em áreas próximas, em casos raros
- Reativação de herpes em quem tem histórico

Contraindicações e declaração de saúde

Declaro que preenchi a ficha de anamnese com informações verdadeiras e completas e que informei: gestação ou amamentação, uso de medicamentos (inclusive ácidos e isotretinoína), alergias, doenças de pele, diabetes, problemas de cicatrização, uso de anticoagulantes e procedimentos estéticos recentes.

Declaro que informei bronzado recente, uso de fotossensibilizantes, histórico de herpes, queloide, tatuagem ou pigmentação na área e gestação.

Fui informada de que o uso de óculos de proteção é obrigatório durante toda a sessão.

Cuidados que me comprometo a seguir

Recebi as orientações de pré e pós-procedimento e me comprometo a:

- Não me expor ao sol nem usar autobronzeador por 30 dias antes e depois de cada sessão
- Não fazer cera, pinça ou linha na área entre as sessões (só lâmina)
- Suspende ácidos e fotossensibilizantes conforme orientação
- Usar protetor solar diariamente na área tratada
- Informar imediatamente se surgir bolha, dor intensa ou mancha

Fotografias e dados

() Autorizo () Não autorizo o registro de fotografias de antes e depois para acompanhamento clínico no meu prontuário.

() Autorizo () Não autorizo o uso dessas imagens em redes sociais e materiais de divulgação, sem identificação do meu nome. Posso revogar esta autorização a qualquer momento.

Meus dados pessoais e de saúde serão tratados conforme a LGPD, apenas para a finalidade deste atendimento.

Consentimento

Li este termo, tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Consinto, de forma livre e esclarecida, com a realização do procedimento.

[Cidade], [dia] de [mês] de [ano].

_____ Cliente

_____ Profissional responsável

Este modelo é um ponto de partida com cláusulas gerais e não substitui orientação jurídica. Revise com um advogado antes de usar e adapte à realidade da sua clínica.