

Caroline Ferragut

CIRURGIA VASCULAR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TRATAMENTO DE VARIZES COM LASER TRANSDÉRMICO

Eu, _____, portador(a) do CPF nº _____, residente e domiciliado(a) à _____, declaro que fui devidamente informado(a) pelo(a) Dr(a). _____, CRM nº _____, sobre o procedimento de tratamento de varizes com laser transdérmico.

1. FINALIDADE DO PROCEDIMENTO

O tratamento com laser transdérmico tem como objetivo a remoção ou redução de vasos sanguíneos superficiais (telangiectasias e microvarizes), promovendo melhora estética e, em alguns casos, clínica.

2. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O laser transdérmico é aplicado diretamente sobre a pele, promovendo a fotocoagulação dos vasos dilatados. O número de sessões varia conforme a quantidade, localização e resposta dos vasos tratados. O tratamento é realizado em ambiente ambulatorial, sem necessidade de internação ou anestesia geral.

3. POSSÍVEIS RISCOS E COMPLICAÇÕES

Fui informado(a) que, apesar de ser um procedimento minimamente invasivo, podem ocorrer:

- Ardor ou dor leve durante a aplicação;
- Vermelhidão, inchaço e formação de crostas;
- Hematomas ou manchas escuras temporárias na pele (hiperpigmentação);
- Risco de queimaduras, bolhas ou cicatrizes em casos raros;
- Resultado estético insatisfatório ou recidiva dos vasos tratados.

4. CUIDADOS PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Fui orientado(a) quanto à necessidade de:

Caroline Ferragut

CIRURGIA VASCULAR

- Evitar exposição solar direta na área tratada antes e após o procedimento;
- Usar protetor solar regularmente;
- Não coçar ou traumatizar a área tratada;
- Seguir todas as orientações médicas fornecidas para garantir a eficácia e segurança do tratamento.

5. ESCLARECIMENTOS FINAIS

Declaro ter recebido todas as informações necessárias, esclarecido todas as minhas dúvidas, e compreendido os riscos, benefícios e limitações do procedimento. Sei que posso revogar este consentimento a qualquer momento, sem prejuízo de meu atendimento médico.

Declaro, ainda, que autorizo a realização de registros fotográficos antes e depois do procedimento, exclusivamente para fins de acompanhamento clínico e/ou científicos, garantindo o sigilo da minha identidade.

Local e data: _____

Assinatura do(a) Paciente: _____

Assinatura do(a) Médico(a): _____

Testemunha 1: Nome: _____ Assinatura:

Testemunha 2: Nome: _____ Assinatura:

Se quiser, posso gerar a versão em PDF ou inserir logotipo/clínica. Deseja alguma personalização?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TRATAMENTO DE VARIZES COM LASER TRANSDÉRMICO

Eu, _____, portador(a) do CPF nº _____, residente e domiciliado(a) à _____, declaro que fui devidamente informado(a) pelo(a) Dr(a). _____, CRM nº _____, sobre o procedimento de tratamento de varizes com laser transdérmico.

Caroline Ferragut

CIRURGIA VASCULAR

1. FINALIDADE DO PROCEDIMENTO

O tratamento com laser transdérmico tem como objetivo a remoção ou redução de vasos sanguíneos superficiais (telangiectasias e microvarizes), promovendo melhora estética e, em alguns casos, clínica.

2. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O laser transdérmico é aplicado diretamente sobre a pele, promovendo a fotocoagulação dos vasos dilatados. O número de sessões varia conforme a quantidade, localização e resposta dos vasos tratados. O tratamento é realizado em ambiente ambulatorial, sem necessidade de internação ou anestesia geral.

3. POSSÍVEIS RISCOS E COMPLICAÇÕES

Fui informado(a) que, apesar de ser um procedimento minimamente invasivo, podem ocorrer:

- Ardor ou dor leve durante a aplicação;
- Vermelhidão, inchaço e formação de crostas;
- Hematomas ou manchas escuras temporárias na pele (hiperpigmentação);
- Risco de queimaduras, bolhas ou cicatrizes em casos raros;
- Resultado estético insatisfatório ou recidiva dos vasos tratados.

4. CUIDADOS PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO

Fui orientado(a) quanto à necessidade de:

- Evitar exposição solar direta na área tratada antes e após o procedimento;
- Usar protetor solar regularmente;
- Não coçar ou traumatizar a área tratada;
- Seguir todas as orientações médicas fornecidas para garantir a eficácia e segurança do tratamento.

5. ESCLARECIMENTOS FINAIS

Declaro ter recebido todas as informações necessárias, esclarecido todas as minhas dúvidas, e compreendido os riscos, benefícios e limitações do procedimento. Sei que posso

Caroline Ferragut

CIRURGIA VASCULAR

revogar este consentimento a qualquer momento, sem prejuízo de meu atendimento médico.

Declaro, ainda, que autorizo a realização de registros fotográficos antes e depois do procedimento, exclusivamente para fins de acompanhamento clínico e/ou científicos, garantindo o sigilo da minha identidade.

Local e data: _____

Assinatura do(a) Paciente: _____

Assinatura do(a) Médico(a): _____

Testemunha 1: Nome: _____ Assinatura:

Testemunha 2: Nome: _____ Assinatura:
