

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DO LASER LAVIEEN

Eu autorizo os profissionais que trabalham nesse estabelecimento situado à (Endereço: _____)

a realizar a aplicação do laser Lavieen®.

Compreendo os objetivos, benefícios, possíveis riscos e limitações associados ao uso do laser, e concordo em passar pelo tratamento, seguindo todas as orientações e recomendações fornecidas pelo profissional.

Declaro que:

1. Fui informado(a) sobre os possíveis benefícios do tratamento com o laser Lavieen®, que podem incluir melhora da aparência da pele, redução de manchas e rejuvenescimento facial. Entendo que os resultados podem variar de acordo com as características individuais da minha pele.
2. Fui informado(a) sobre possíveis riscos e efeitos colaterais associados ao tratamento com o laser Lavieen®, tais como vermelhidão, inchaço, sensação de queimação, formação de crostas, mudanças temporárias na pigmentação da pele, cicatrizes, reações alérgicas e infecções. Reconheço que existem riscos desconhecidos ou não previstos e que, embora sejam raros, podem ocorrer complicações mais graves.
3. Recebi orientações claras sobre os cuidados necessários após o procedimento, incluindo o uso de protetor solar, evitar a exposição solar direta, evitar produtos irritantes na pele e hidratação adequada.
4. Compreendi que o tratamento com o laser Lavieen® pode não atingir todos os meus objetivos estéticos e que a resposta individual pode variar. Reconheço que podem ser necessárias múltiplas sessões para obter os resultados desejados.
5. Fui informado(a) sobre os custos e despesas associados ao tratamento com o laser Lavieen®, incluindo as taxas do procedimento, visitas de acompanhamento, medicações e possíveis tratamentos adicionais. Entendo que esses custos são de minha responsabilidade e que posso discutir as opções de pagamento com a clínica.
6. Fui informado(a) de que o profissional irá guardar sigilo das informações pessoais e de saúde que eu fornecer durante o tratamento, de acordo com as regulamentações de privacidade e confidencialidade aplicáveis.

O procedimento descrito acima pode requerer várias sessões para atingir o resultado esperado, assim como pode não ser completamente eficaz em casos particulares. O número de aplicações necessárias varia dependendo das características de cada pessoa.

Deve-se sempre utilizar protetor solar de no mínimo 30 SPF na região tratada.

As informações descritas deste termo não esgotam todas as possibilidades de riscos e complicações que podem ocorrer com a realização desse procedimento, sendo enumeradas apenas algumas.

Concordo em tirar fotos antes e depois da área a ser tratada.

Também permito que o profissional use essas fotos para fins promocionais, educacionais e de marketing:

Minha identidade ficará oculta nessas situações.

Declaro que li e entendi as orientações e tive oportunidade de esclarecimentos de dúvidas deste termo antes de assiná-lo.

Data: ____ de _____ de 20 ____.

NOME LEGÍVEL DO CLIENTE: _____

CPF DO CLIENTE: ____ . ____ . ____ - ____

Assinatura do Cliente

Assinatura do Profissional