

TERMO DE CONSENTIMENTO

TIXEL



Orientações prévias:

- **leia** atentamente todo o conteúdo deste documento;
- **informe** todas as suas dúvidas ao médico;
- **assine** o termo somente após ter todas as dúvidas sanadas.

NOME MÉDICO	CRM
NOME PACIENTE	
IDADE PACIENTE	DATA PROCEDIMENTO
QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE	
OBSERVAÇÕES	

O procedimento com o dispositivo “Tixel” me foi explicado minuciosa e especificadamente equipe médica, por isso entendo que:

A energia imposta no procedimento, é emitida por uma ponteira de titânio, revestida por pequenas pirâmides aquecidas que, quando em contato com a pele, formam pequenos “poros”, evaporando as camadas superiores da pele. O procedimento se dá através do uso do calor empregado para produzir o efeito desejado.

O procedimento tem como objetivo, tratar rugas finas de cicatrizes, de acne e de poros dilatados e, inclusive, pode ser utilizado ao redor dos olhos, tratamento de manchas, flacidez das pálpebras, tratamento de cicatrizes e estrias.

1. Para que o procedimento tenha seus efeitos potencializados, me foi explicado que devo:

- | | |
|--|--|
| 1.1 evitar exposição da área tratada ao calor ou frio extremo nos primeiros 15 (quinze) dias; | 1.2 fazer o uso devido de filtro solar, com reaplicação a cada 2 (duas) horas, mesmo estando em casa; |
| 1.3 não estimular a descamação da pele, ou seja, quando a pele começar a descascar não intervir com as mãos na retirada das casquinhas; | 1.4 evitar tocar na área tratada por pelo menos 48h, após o procedimento; |
| 1.5 não me submeter à exposição solar antes ou após o procedimento; | 1.6 evitar usar maquiagem por, no mínimo, 48h após o tratamento; |
| 1.7 contatar a equipe médica sempre em caso de dúvidas ou qualquer sintoma descrito ou não neste termo. | |

acordo do paciente

2. FOI-ME ORIENTADO E ESTOU CIENTE QUE:

2.1



cada organismo reage de forma específica e, por isso, **não é possível prever e/ou garantir o resultado**. A melhora proporcionada pelo procedimento ocorrerá somente após um número mínimo de sessões, realização em intervalos regulares e o seguimento, de forma rigorosa, das orientações médicas, a depender do organismo de cada paciente;

2.2



o efeito do tratamento poderá variar de acordo com os hábitos de vida de cada paciente tais como tabagismo, uso de medicamentos, alimentação, exposição solar, atividades físicas e outros;

2.3



o tratamento poderá desencadear, precoce e/ou tardiamente: eritema (vermelhidão), edema local (roxo), sensação de queimação/ardência, leve crosta na pele, leve inchaço, manchas, alteração na textura e cicatrizes;

2.4



de maneira rara, o procedimento poderá desencadear mudança, temporária ou permanente, na pigmentação da pele (hipo/hiperpigmentação);

2.5



poderá, ainda, acarretar a recorrência de herpes labial;

2.6



o tabagismo, o uso de drogas e/ou álcool, **ainda que não impeçam a realização do procedimento**, podem comprometer o resultado do tratamento médico. Entendi que a interrupção do uso do tabaco, de drogas e/ou álcool não cessam os malefícios do uso prévio, apenas reduzem a probabilidade de interferir nos resultados;

2.7



em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas;

2.8



a melhora proporcionada pelo procedimento ocorrerá somente semanas após a realização, em média é visto 3 a 4 meses após o tratamento, a depender do organismo de cada paciente;

2.9



a duração do tratamento depende das características de cada paciente, e do número de sessões realizadas pelo paciente;

2.10



caso o efeito desejado não seja obtido, pode se fazer necessário a realização de tratamentos adicionais, os quais, serão cobrados.

acordo do paciente

3. ENTENDO E CONCORDO QUE:

3.1 não estar em período gestacional ou de lactação, tampouco qualquer desconfiância de gravidez. Foi-me amplamente alertado que não é indicada a realização do procedimento durante a gravidez e/ou durante a amamentação;

3.2 não possuir lesões no local a ser tratado;

3.3 que informei ao médico assistente, todos os medicamentos que uso ou usei recentemente, bem como aos quais tenho alergia, inclusive tipos de anestésicos.



SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS:

Eu autorizo que a equipe médica utilize os meus registros (vídeos, som e imagem) para executar os procedimentos propostos, para fins de complementação documental do meu prontuário, para discussão do caso clínico com outros colegas médicos, para fins de pesquisa acadêmica, publicações em redes sociais, publicações acadêmicas, cursos, palestras e congressos médicos.

Durante a consulta e atendimento pela recepção houve a coleta de dados pessoais (CPF, Nome, Telefone, E-mail, Endereço e Informações sobre saúde e hábitos) para questões fiscais e a condução médica adequada. Os dados serão armazenados e preservados por período indeterminado e compartilhados com terceiros, somente quando indispensável para a continuidade ou adequação do tratamento.

Os pacientes, a qualquer momento, poderão: (i) ter acesso às informações cadastradas, (ii) solicitar a atualização ou correção dos seus dados; (iii) solicitar a eliminação de dados que não impactem o histórico de atendimento médico bem como, a total ou parcial, revogação deste consentimento, **mediante termo de solicitação**, nos termos da Lei.

acordo do paciente

Declaro que li a integralidade do conteúdo deste termo, concomitante à explicação verbal da equipe médica e que tive a oportunidade de sanar toda e qualquer dúvida relativa ao procedimento ao qual, voluntariamente, irei me submeter. Assim, dou o meu consentimento à equipe médica para realizar os procedimentos necessários me comprometendo a seguir todas as orientações médicas.

Importante: em caso de dúvidas, esclarecimentos, desconfortos, ou efeitos não esperados recomenda-se o contato imediato com a equipe médica.

_____, ____ de _____ de _____

Paciente:
CPF:

Dr.
CRM/