

Consentimento para Contorno Corporal

Consentimento informado para contorno corporal não invasivo, incluindo criolipólise, estimulação muscular eletromagnética, radiofrequência e redução de gordura por ultrassom

Informações do Cliente

Nome *

Sobrenome *

Endereço de Email *

Número de Telefone *

Data de Nascimento *

DD / MM / AAAA

Detalhes do Tratamento

Tipo de tratamento *

- ☐ Criolipólise (congelamento de gordura)
- ☐ Estimulação muscular eletromagnética (EMS)
- ☐ Radiofrequência / Redução de gordura por ultrassom
- ☐ Combinação

Áreas de tratamento *

- ☐ Abdômen
- ☐ Laterais / Pneuzinhos
- ☐ Coxas
- ☐ Braços
- ☐ Glúteos
- ☐ Sob o queixo
- ☐ Costas / Linha do sutiã

Peso atual

Alteração de peso nos últimos 6 meses

Já realizou tratamentos de contorno corporal antes? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Histórico Médico

Está grávida, tentando engravidar ou amamentando? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Possui alguma das seguintes condições?

- ☐ Condição autoimune (lúpus, artrite reumatoide, EM, etc.)
- ☐ Distúrbio de coagulação ou em uso de anticoagulantes
- ☐ Diabetes
- ☐ Histórico de quelóide ou cicatrização hipertrófica
- ☐ Câncer (atual ou nos últimos 5 anos)
- ☐ Imunossuprimido / distúrbio imunológico
- ☐ Nenhuma das anteriores

Possui crioglobulinemia, doença da aglutinina fria ou hemoglobinúria a frio paroxística? *

- ☐ Sim ☐ Não

Possui doença de Raynaud, urticária ao frio ou sensibilidade grave ao frio? *

- ☐ Sim ☐ Não

Possui marca-passos, desfibrilador ou dispositivo eletrônico implantado? *

- ☐ Sim ☐ Não

Possui implantes de metal, DIU de cobre ou metal próximo à área de tratamento? *

- ☐ Sim ☐ Não

Possui hérnia na ou próxima à área de tratamento? *

- ☐ Sim ☐ Não

Realizou cirurgia na área de tratamento nos últimos 6 meses? *

- ☐ Sim ☐ Não

Possui epilepsia ou distúrbio convulsivo? *

- ☐ Sim ☐ Não

Possui feridas abertas, erupção cutânea, infecção ou varizes na área? *

- ☐ Sim ☐ Não

Medicamentos e suplementos atuais

Alergias (medicamentos, látex, lidocaína, anestésicos)

Riscos e Complicações

Riscos e Complicações Potenciais:

- Vermelhidão, inchaço, hematomas, dormência, formigamento e sensibilidade na área tratada por dias a semanas
- Dor muscular após EMS, semelhante a um exercício intenso
- Irregularidade de pele, assimetria de contorno ou redução de gordura desigual
- Hiperplasia adiposa paradoxal — raro aumento de gordura na área tratada meses após criolipólise que pode exigir correção cirúrgica
- Congelamento, queimaduras ou formação de bolhas (raro)
- Dor de início tardio — dor nervosa começando dias após o tratamento, geralmente resolvida em semanas
- Formação de hérnia ou piora com EMS ou sucção
- Os resultados variam e a redução de gordura por sessão é modesta (normalmente 20–25% da gordura na área tratada para criolipólise); uma série de sessões é comum

O contorno corporal não é um tratamento de perda de peso. Peso estável, hidratação e atividade apoiam os resultados.

Compreendo que o contorno corporal trata gordura localizada ou tônus muscular, que resultados visíveis se desenvolvem ao longo de 2–3 meses, que múltiplas sessões podem ser necessárias, e que nenhum resultado específico foi garantido.

Compreendo que isto não é perda de peso e os resultados variam: _____

Compreendo o risco raro de hiperplasia adiposa paradoxal após criolipólise, dor de início tardio, queimaduras e irregularidade de contorno, e informei sobre implantes, hérnias ou condições relacionadas ao frio.

Compreendo o risco de hiperplasia adiposa paradoxal e outras complicações: _____

Autorização de Fotos

Podemos tirar fotos antes e depois para seu registro de tratamento? *

- ☐ Sim — apenas para meu prontuário médico
- ☐ Sim — e vocês podem usá-las anonimamente para marketing
- ☐ Não

Registro de Serviços

Apenas para uso interno

	Data	Área	Dispositivo / Aplicador / Configurações	Observações
Entrada 1				
Entrada 2				
Entrada 3				
Entrada 4				
Entrada 5				
Entrada 6				

Consentimento e Assinatura

Consinto voluntariamente ao tratamento de contorno corporal não invasivo. Fui informado sobre os benefícios, riscos, alternativas e possíveis complicações. Compreendo que este é um procedimento estético eletivo, que não é substituto para perda de peso, e que nenhuma garantia de resultado foi feita. Libero o profissional e a clínica de responsabilidade relacionada a este tratamento, exceto em casos de negligência.

Confirmo que li e compreendi as informações acima e dou meu consentimento informado.

Tenho ciência e compreendo as informações acima: _____

Assinatura

Data

Nome completo

Data *

DD / MM / AAAA

Este formulário foi fornecido gratuitamente pela Consentify

O Consentify transforma formulários como este em consentimento digital que seus clientes assinam em seus próprios telefones por código QR — com PDFs automáticos, sinalizadores de contraindicações e armazenamento criptografado. Plano gratuito disponível em <https://getconsentify.com>.

Apenas um modelo. Revise com seu próprio profissional licenciado ou assessor jurídico antes de usar; os requisitos variam de acordo com a jurisdição e a prática.