

Consentimento para Peeling Químico

Consentimento informado para tratamentos de peeling químico incluindo peelings glicólico, salicílico, TCA e fenol

Informações do Cliente

Primeiro Nome *

Sobrenome *

Endereço de Email *

Número de Telefone *

Data de Nascimento *

DD / MM / AAAA

Detalhes do Peeling

Tipo de Peeling Químico *

- ☐ Superficial (Glicólico, Láctico, Salicílico) ☐ Profundidade Média (TCA 15-35%)
☐ Profundo (TCA 50%+ ou Fenol)

Áreas de Tratamento *

- ☐ Rosto completo ☐ Pescoço ☐ Peito/Decote
☐ Mãos ☐ Costas

Objetivos do Tratamento *

- ☐ Acne / Cicatrizes de acne ☐ Hiperpigmentação / Danos solares
☐ Linhas finas e rugas ☐ Melhoria da textura da pele
☐ Tom de pele irregular

Avaliação de Pele e Saúde

Tipo de Pele Fitzpatrick *

- ☐ Tipo I - Sempre queimado, nunca bronzeado ☐ Tipo II - Geralmente queimado, bronzeado mínimo
☐ Tipo III - Às vezes queimado, bronzeado uniforme ☐ Tipo IV - Queimado mínimo, bronzeado fácil
☐ Tipo V - Raramente queimado, bronzeado escuro ☐ Tipo VI - Nunca queimado, pigmentação profunda

Você está atualmente usando retinóides (Retin-A, tretinóina, retinol)? *

- ☐ Sim ☐ Não

Você teve exposição solar significativa ou queimadura solar nas últimas 2 semanas? *

- ☐ Sim ☐ Não

Você atualmente tem alguma infecção de pele ativa, feridas abertas ou aftas na área de tratamento? *

- ☐ Sim ☐ Não

Você tomou isotretinoína (Accutane) nos últimos 6 meses? *

☐ Sim ☐ Não

Riscos e Recuperação Esperada

Efeitos Esperados:

- Vermelhidão, formigamento e sensação de calor durante e imediatamente após o tratamento
- Descamação e pelagem por 3-10 dias (varia conforme a profundidade do peeling)
- Aperto temporário e ressecamento

Riscos Potenciais:

- Vermelhidão prolongada ou irritação
- Hiperpigmentação ou hipopigmentação (especialmente em tons de pele mais escuros)
- Cicatrização (rara, mais provável com peelings mais profundos)
- Infecção (bacteriana, viral ou fúngica)
- Reação alérgica ou de sensibilidade
- Reativação do herpes simplex (aftas)
- Resultados irregulares ou linhas de demarcação

Requisitos de Cuidados Pós-Tratamento:

- Evitar rigorosamente o sol e usar protetor solar SPF 30+ diariamente por pelo menos 4 semanas
- Não remova ou descasque a pele que está descamando
- Mantenha a área tratada hidratada conforme orientado
- Evite cuidados ativos com a pele (retinóides, AHAs, BHAs) até autorização do provedor

Entendo o processo de recuperação esperado e os riscos potenciais do tratamento de peeling químico, incluindo a possibilidade de mudanças de pigmentação, cicatrização e a necessidade de proteção solar rigorosa.

Entendo o processo de recuperação e os riscos potenciais do peeling químico: _____

Registro de Serviço

Apenas para uso interno

	Data	Produto	Concentração	Tempo de Aplicação
Entrada 1				
Entrada 2				
Entrada 3				
Entrada 4				

Consentimento e Assinatura

Dou consentimento para o tratamento de peeling químico descrito acima. Divulguei todas as informações médicas relevantes e entendo os riscos, benefícios e alternativas. Concordo em seguir todas as instruções antes e depois do tratamento. Nenhuma garantia foi feita quanto ao resultado.

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

Li e entendo 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.