

Consentimento de Cupping e Gua Sha

Consentimento informado para terapia de cupping e tratamentos Gua Sha com expectativas de hematomas

Informações do Cliente

Primeiro Nome *

Sobrenome *

Endereço de Email *

Número de Telefone *

Data de Nascimento *

DD / MM / AAAA

Detalhes do Tratamento

Tratamento(s) Solicitado(s) *

☐ Cupping Seco (estacionário)

☐ Cupping Deslizante / Massagem

☐ Cupping com Fogo

☐ Gua Sha

Áreas de Tratamento *

☐ Costas Superiores / Ombros

☐ Costas Inferiores

☐ Pescoço

☐ Pernas

☐ Braços

☐ Rosto (cupping suave/Gua Sha)

Motivo do Tratamento *

Avaliação de Saúde

Você está grávida no momento? *

☐ Sim ☐ Não

Você está tomando anticoagulantes? *

☐ Sim ☐ Não

Você tem alguma das seguintes condições na área de tratamento?

☐ Queimadura Solar

☐ Feridas abertas ou pele danificada

☐ Infecção de pele ativa ou erupção cutânea

☐ Varizes

☐ Nenhuma das acima

Você tem um distúrbio de sangramento? *

☐ Sim ☐ Não

Riscos e Expectativas

Importante — Hematomas São Esperados:

Cupping e Gua Sha criam intencionalmente marcas na pele. Esta é uma parte normal do tratamento.

O Que Esperar:

- Marcas de cupping aparecem como descolorações circulares variando de rosa claro a roxo profundo
- Marcas de Gua Sha aparecem como petéquias vermelhas e estriadas (pequenos pontos)
- As marcas tipicamente duram 3-10 dias dependendo do indivíduo e do nível de sucção
- Marcas mais escuras indicam mais estagnação/tensão na área
- As marcas NÃO são lesões — são uma resposta terapêutica

Riscos Potenciais:

- Hematomas e descoloração da pele (esperado)
- Desconforto leve durante o tratamento
- Formação de bolhas (raro, se a sucção for muito forte)
- Tontura
- Queimaduras (raro, com cupping com fogo)
- Piora temporária dos sintomas

Cuidados Pós-Tratamento:

- Mantenha as áreas de cupping cobertas e aquecidas por 24 horas
- Beba bastante água após o tratamento
- Evite exposição ao frio, natação e exercício intenso por 24 horas
- Não aplique cupping na mesma área até que as marcas desapareçam completamente

Entendo que o cupping e Gua Sha deixarão marcas visíveis (hematomas, descoloração) que são uma parte normal do tratamento e desaparecerão em 3-10 dias.

Entendo que o cupping/Gua Sha deixará marcas visíveis: _____

Fui informado sobre os riscos e efeitos esperados da terapia de cupping/Gua Sha.

Entendo os riscos descritos acima: _____

Anotações do Tratamento

Apenas para uso interno

	Data	Área	Tipo de Xícara	Duração
Entrada 1				
Entrada 2				
Entrada 3				
Entrada 4				
Entrada 5				
Entrada 6				

Consentimento e Assinatura

Consinto com a terapia de cupping e/ou Gua Sha conforme descrito. Entendo que marcas visíveis são esperadas e não são uma lesão. Divulguei todas as minhas condições de saúde e isenção o profissional de responsabilidade.

Confirmo que li e entendi 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.