

Consentimento de Restauração Capilar (PRP / Transplante)

Consentimento informado para tratamentos de restauração capilar, incluindo injeções de PRP no couro cabeludo, microagulhamento e procedimentos de extração de unidades foliculares

Informações do Cliente

Primeiro Nome *

Sobrenome *

Endereço de Email *

Número de Telefone *

Data de Nascimento *

DD / MM / AAAA

Detalhes do Tratamento

Tratamento *

- ☐ Injeções de PRP no couro cabeludo
- ☐ PRP com microagulhamento
- ☐ Transplante de extração de unidades foliculares (FUE)
- ☐ Transplante de FUE para sobrancelha / barba
- ☐ Terapia de exossomas ou fatores de crescimento
- ☐ Outro

Áreas *

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Topo da cabeça | ☐ Linha de implantação / Têmporas | ☐ Afinamento difuso |
| ☐ Sobrancelhas | ☐ Barba | ☐ Cobertura de cicatrizes |

Há quanto tempo você percebeu a queda de cabelos? *

- ☐ Menos de 1 ano ☐ 1-5 anos ☐ Mais de 5 anos

Um médico diagnosticou a causa da sua queda de cabelos? *

- ☐ Sim ☐ Não

Tratamentos já experimentados (minoxidil, finasterida, suplementos, PRP anterior ou transplante)

Histórico Médico

Você está grávida, tentando engravidar ou amamentando? *

- ☐ Sim ☐ Não

Você tem alguma das seguintes condições?

- ☐ Condição autoimune (lúpus, AR, EM, etc.)
- ☐ Diabetes
- ☐ Câncer (atual ou nos últimos 5 anos)
- ☐ Nenhuma das acima

- ☐ Distúrbio de coagulação ou usando anticoagulantes
- ☐ Histórico de quelóide ou cicatrização hipertrófica
- ☐ Imunossuprimido / distúrbio imunológico

Você tem infecção ativa no couro cabeludo, psoríase, foliculite ou feridas abertas? *

- ☐ Sim ☐ Não

Você tem alopecia areata, alopecia cicatricial ou uma condição capilar autoimune? *

- ☐ Sim ☐ Não

Você tem distúrbio de plaquetas ou coagulação, ou usa anticoagulantes? *

- ☐ Sim ☐ Não

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

- ☐ Sim ☐ Não

Você fuma ou usa nicotina em vape? *

- ☐ Sim ☐ Não

Você está grávida ou amamentando? *

- ☐ Sim ☐ Não

Medicamentos atuais e suplementos

Alergias (medicamentos, látex, lidocaína, anestésicos)

Riscos e Complicações

Riscos e Complicações Potenciais:

- Sensibilidade do couro cabeludo, inchaço e hematomas por vários dias; inchaço da testa após tratamento da linha de implantação
- Sangramento nos locais de injeção ou extração
- Infecção ou foliculite
- Queda temporária de cabelos existentes (choque circulatório) 2-8 semanas após o tratamento, geralmente recuperando
- Dormência ou alteração de sensação do couro cabeludo, geralmente temporária
- Pequenas cicatrizes em ponto na área doadora após FUE; afinamento visível da área doadora se sobre-colhida
- Má sobrevivência do enxerto, linha de implantação não natural ou densidade irregular exigindo sessões adicionais
- Cistos ou pêlos encravados nos locais do enxerto
- Nenhuma resposta — os resultados do PRP variam e requerem uma série de 3-4 sessões mais manutenção; a queda de cabelos continua em áreas não tratadas

Os resultados ficam visíveis em 3-6 meses (PRP) ou 9-12 meses (transplante).

Entendo que os resultados da restauração capilar são graduais, variam entre indivíduos, podem exigir uma série de tratamentos e terapia médica contínua, e que nenhuma densidade ou cobertura específica foi garantida.

Entendo que os resultados variam e levam meses: _____

Entendo os riscos de sangramento, infecção, choque circulatório, cicatrização, dormência e má sobrevivência do enxerto, e que divulguei todos os medicamentos, condições do couro cabeludo e uso de nicotina.

Entendo os riscos cirúrgicos e de injeção: _____

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 Serviço

Apenas para uso interno

	Data	Área	Tratamento / Enxertos / Volume	Observações
Entrada 1				
Entrada 2				
Entrada 3				
Entrada 4				
Entrada 5				
Entrada 6				

Consentimento e Assinatura

Consinto voluntariamente no tratamento de restauração capilar selecionado acima. Fui informado sobre os benefícios, riscos, alternativas (incluindo terapia médica e nenhum tratamento) e possíveis complicações. Entendo que este é um procedimento eletivo e nenhuma garantia de resultado foi feita. Libero o profissional e a prática de responsabilidade relacionada a este tratamento, exceto em casos de negligência.

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

Eu 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.