

Consentimento para Terapia IV / Infusão de Vitaminas

Consentimento informado para infusões de vitaminas IV, terapia de hidratação e infusões de nutrientes

Informações do Cliente

Primeiro Nome *

Sobrenome *

Endereço de Email *

Número de Telefone *

Data de Nascimento *

DD / MM / AAAA

Detalhes da Infusão

Infusão Solicitada *

- ☐ Hidratação (Soro Fisiológico / Solução de Ringer Lactato)
- ☐ Infusão de Vitamina C
- ☐ Coquetel de Myers (Vitaminas B, C, Magnésio, Cálcio)
- ☐ Infusão de NAD+
- ☐ Glutathione (Clareador de Pele)
- ☐ Reforço Imunológico (Zinco, Vitamina C, B12)
- ☐ Recuperação Atlético
- ☐ Recuperação de Ressaca
- ☐ Mistura Personalizada

Complementos (se aplicável)

- ☐ Injeção de B12
- ☐ Biotina
- ☐ Zofran (anti-náusea)
- ☐ Toradol (anti-inflamatório)
- ☐ Nenhum

Avaliação de Saúde

Você está atualmente grávida ou amamentando? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Você tem doença renal ou está em diálise? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Você tem insuficiência cardíaca congestiva? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Você tem alguma alergia conhecida a vitaminas, suplementos ou contraste de IV? *

☐ Sim ☐ Não

Se sim, por favor descreva

Você tem alguma das seguintes condições?

- ☐ Diabetes
- ☐ Pressão arterial alta
- ☐ Deficiência de G6PD
- ☐ Hemocromatose (sobrecarga de ferro)
- ☐ Nenhuma das anteriores

Riscos e Informações

Riscos Potenciais da Terapia IV:

- Dor, hematomas ou inchaço no local da IV
- Infiltração (vazamento de fluido para o tecido circundante)
- Flebite (inflamação da veia)
- Reação alérgica aos componentes da infusão
- Infecção no local da injeção (rara)
- Embolia de ar (extremamente rara)
- Sobrecarga de fluido em indivíduos susceptíveis
- Desequilíbrio de eletrólitos
- Tontura ou náusea durante a infusão

Importante: A terapia IV não é um substituto para o tratamento médico. Os resultados variam de pessoa para pessoa.

Fui informado dos riscos e benefícios potenciais da terapia IV. Entendo que este é um serviço de bem-estar eletivo.

Entendo os riscos da terapia IV: _____

Registro de Serviço

Apenas para uso interno

	Data	Componente	Dose	Taxa
Entrada 1				
Entrada 2				
Entrada 3				
Entrada 4				
Entrada 5				
Entrada 6				

Consentimento e Assinatura

Consinto com a terapia IV descrita acima. Divulguei todas as informações de saúde relevantes e entendo os riscos e benefícios. Entendo que este é um serviço de bem-estar eletivo e não um substituto para o tratamento médico.

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

Li 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.