

Consentimento para Remoção de Pelos com Laser

Consentimento informado para remoção de pelos com laser e IPL com avaliação de tipo de pele, exposição solar e triagem de medicações

Informações do Cliente

Primeiro Nome *

Sobrenome *

Endereço de Email *

Número de Telefone *

Data de Nascimento *

DD / MM / AAAA

Detalhes do Tratamento

Áreas de tratamento *

- | | | |
|--|---------------------------------|---|
| ☐ Rosto / Lábio superior / Queixo | ☐ Axilas | ☐ Braços |
| ☐ Virilha / Depilação brasileira | ☐ Pernas | ☐ Costas / Peito |
| ☐ Outro | | |

Como sua pele responde ao sol? *

- ☐ Sempre queima, nunca bronzeia (I)
- ☐ Geralmente queima, bronzeia minimamente (II)
- ☐ Às vezes queima, bronzeia gradualmente (III)
- ☐ Raramente queima, bronzeia facilmente (IV)
- ☐ Muito raramente queima, bronzeia muito facilmente (V)
- ☐ Nunca queima, muito pigmentada (VI)

Você teve exposição solar, sessões de bronzeamento artificial ou autobronzeador na área nos últimos 2 a 4 semanas? *

☐ Sim ☐ Não

Você fez depilação com cera, pinça, linha ou creme depilatório na área nos últimos 4 semanas? *

☐ Sim ☐ Não

Você já fez remoção de pelos com laser ou IPL? *

☐ Sim ☐ Não

Se sim, houve alguma reação adversa?

Histórico Médico

Você está grávida, tentando engravidar ou amamentando? *

☐ Sim ☐ Não

Você tem alguma das seguintes condições?

- ☐ Condição autoimune (lúpus, artrite reumatoide, esclerose múltipla, etc.)
- ☐ Distúrbio de coagulação ou em uso de anticoagulantes
- ☐ Diabetes
- ☐ Histórico de queloides ou cicatrizes hipertróficas
- ☐ Câncer (atual ou dentro dos últimos 5 anos)
- ☐ Imunossuprimido / distúrbio imunológico
- ☐ Nenhuma das anteriores

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

☐ Sim ☐ Não

Você está tomando alguma medicação fotossensibilizante (alguns antibióticos, retinoides, Hipericão)? *

☐ Sim ☐ Não

Você tem aftas ou surtos de herpes na área de tratamento? *

☐ Sim ☐ Não

Você tem uma tatuagem ou maquiagem permanente na área de tratamento? *

☐ Sim ☐ Não

Você tem SOP, condição hormonal ou toma terapia hormonal? *

☐ Sim ☐ Não

Medicações e suplementos atuais

Alergias (medicações, látex, lidocaína, anestésicos)

Riscos e Complicações

Possíveis Riscos e Complicações:

- Vermelhidão, inchaço e sensação de queimadura solar por algumas horas até alguns dias
- Bolhas ou formação de crostas (incomum)
- Hiperpigmentação ou hipopigmentação — manchas mais escuras ou mais claras, geralmente temporárias mas ocasionalmente duradouras, mais prováveis com bronzeado ou em tipos de pele mais escura
- Crescimento paradoxal de pelos — novos pelos finos perto da área tratada, especialmente no rosto e pescoço
- Cicatrização (rara)
- Lesão ocular se o protetor ocular não for usado

A remoção a laser reduz os pelos; não é remoção permanente. Um ciclo de 6 a 8 sessões, com 4 a 8 semanas de intervalo, mais manutenção é típico. Evite exposição solar e use FPS 30+ nas áreas tratadas por 2 semanas antes e após cada sessão.

Entendo que os resultados variam com a cor do pelo, tipo de pele e hormônios, que pelos grisalhos, brancos, ruivos ou muito finos respondem mal, e que múltiplas sessões e manutenção são necessárias.

Entendo que a redução de pelos não é remoção permanente: _____

Entendo que a pele bronzeada ou exposta ao sol aumenta muito o risco de queimaduras e alterações de pigmentação e concordo em evitar exposição solar e autobronzeador antes e após o tratamento.

Vou seguir as instruções de proteção solar: _____

Registro de Atendimento

Apenas para uso interno

	Data	Área	Dispositivo / Fluência / Spot	Notas
Entrada 1				
Entrada 2				
Entrada 3				
Entrada 4				
Entrada 5				
Entrada 6				

Consentimento e Assinatura

Consinto voluntariamente no tratamento de remoção de pelos com laser ou IPL. Fui informado sobre os benefícios, riscos, alternativas e possíveis complicações, incluindo a possibilidade de queimaduras e alterações de pigmentação. Entendo que este é um procedimento cosmético 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.

Confirmei que li e entendi 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.