

Consentimento para Ressurfacing com Laser de Pele

Consentimento informado para resurfacing de pele ablativo e não-ablativo, incluindo CO2 fracionado, érbio e peeling com laser de carbono

Informações do Cliente

Primeiro Nome *

Sobrenome *

Endereço de E-mail *

Número de Telefone *

Data de Nascimento *

DD / MM / AAAA

Detalhes do Tratamento

Tipo de tratamento *

☐ CO2 fracionado (ablativo)

☐ Érbio (ablativo)

☐ Fracionado não-ablativo (ex.: 1540/1550 nm)

☐ Peeling com laser de carbono

☐ Outro

Áreas de tratamento *

☐ Rosto completo

☐ Ao redor dos olhos

☐ Ao redor da boca

☐ Pescoço

☐ Tórax

☐ Mãos

☐ Cicatrizes (especificar abaixo)

Objetivos

☐ Rugas e linhas finas

☐ Cicatrizes de acne

☐ Dano solar / pigmentação

☐ Textura e poros

☐ Flacidez da pele

Você já fez resurfacing com laser, peelings profundos ou dermoabrasão antes? *

☐ Sim ☐ Não

Se sim, quando e como sua pele respondeu?

Histórico Médico

Você está grávida, tentando engravidar ou amamentando? *

☐ Sim ☐ Não

Você tem alguma das seguintes condições?

- | | |
|---|---|
| ☐ Condição autoimune (lúpus, AR, EM, etc.) | ☐ Distúrbio de coagulação ou uso de anticoagulantes |
| ☐ Diabetes | ☐ Histórico de cicatrizes queloides ou hipertróficas |
| ☐ Câncer (atual ou nos últimos 5 anos) | ☐ Imunossuprimido / distúrbio imunológico |
| ☐ Nenhuma das acima | |

Você tomou isotretinoína (Accutane) nos últimos 6-12 meses? *

- ☐ Sim ☐ Não

Você tem histórico de aftas (herpes simples)? *

- ☐ Sim ☐ Não

Você tem acne ativa, infecção ou feridas abertas na área? *

- ☐ Sim ☐ Não

Você teve exposição ao sol, bronzamento ou autobronzeador nas últimas 4 semanas? *

- ☐ Sim ☐ Não

Você tem melasma ou histórico de alterações de pigmentação após lesão da pele? *

- ☐ Sim ☐ Não

Você tem vitiligo, psoríase ou eczema na área? *

- ☐ Sim ☐ Não

Você recebeu radioterapia na área? *

- ☐ Sim ☐ Não

Medicamentos e suplementos atuais

Alergias (medicamentos, látex, lidocaína, anestésicos)

Riscos e Complicações

Riscos e Complicações Potenciais:

- Vermelhidão, inchaço, exsudação e crostas por vários dias (ablativo) ou 1-3 dias (não-ablativo); a vermelhidão pode persistir por semanas
- Dor ou queimação durante a cicatrização
- Infecção — bacteriana, viral (surto de afta) ou fúngica
- Hiperpigmentação — escurecimento, comum em pele bronzada ou mais escura, geralmente desaparecendo ao longo de meses
- Hipopigmentação — clareamento que pode ser permanente, especialmente com tratamento ablativo profundo
- Vermelhidão prolongada, mília ou surto de acne
- Cicatrizes, incluindo cicatrizes texturizadas ou espessadas (raro)
- Lesão ocular sem proteção ocular adequada
- Linhas de demarcação entre pele tratada e não tratada

Evitar o sol e usar SPF 30+ por 4 semanas antes e 8 semanas depois é essencial. O resurfacing ablativo requer uma rotina de cuidado de feridas por 5-10 dias e tempo de afastamento do trabalho.

Entendo o tempo de recuperação, que devo seguir as instruções de cuidado da ferida e proteção solar exatamente, e que a cicatrização pode levar mais tempo do que descrito.

Entendo o tempo de recuperação e os cuidados com a ferida: _____

Entendo que clareamento ou escurecimento temporário ou permanente da pele, vermelhidão prolongada e cicatrizes são possíveis, particularmente com exposição solar recente, isotretinoína ou histórico de pigmentação.

Entendo que alterações de pigmentação e cicatrizes são possíveis: _____

Autorização de Fotografias

Podemos tirar fotos antes e depois para seu registro de tratamento? *

- ☐ Sim — somente para meu registro médico
- ☐ Sim — e você pode usá-las anonimamente para marketing
- ☐ Não

Registro de Serviço

Apenas para uso interno

	Data	Área	Dispositivo / Energia / Densidade	Anotações
Entrada 1				
Entrada 2				
Entrada 3				
Entrada 4				
Entrada 5				
Entrada 6				

Consentimento e Assinatura

Consinto voluntariamente em receber tratamento de resurfacing com laser de pele. Fui informado sobre os benefícios, riscos, alternativas e possíveis complicações, incluindo infecção, alteração de pigmentação e cicatrizes. Entendo que este é um procedimento cosmético eletivo e nenhuma garantia de resultado foi feita. Libero o provedor e a clínica de responsabilidade relacionada a este tratamento, exceto em casos de negligência.

Confirmando 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.