

Consentimento para Tratamento com Laser

Consentimento informado para tratamentos de remoção de pelos com laser, IPL e resurfacing de pele com laser

Informações do Cliente

Primeiro Nome *

Sobrenome *

Endereço de Email *

Número de Telefone *

Data de Nascimento *

DD / MM / AAAA

Detalhes do Tratamento

Tipo de Tratamento com Laser *

- ☐ Remoção de Pelos com Laser
- ☐ Fotofacial IPL
- ☐ Resurfacing de Pele com Laser (CO2 Fracionado, Érbio)
- ☐ Remoção de Tatuagem com Laser
- ☐ Laser Vascular (Vasinhos, Vermelhidão)
- ☐ Laser de Pigmentação (Manchas Solares, Melasma)

Áreas de Tratamento *

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| ☐ Rosto | ☐ Pescoço | ☐ Peito |
| ☐ Braços | ☐ Axilas | ☐ Costas |
| ☐ Abdômen | ☐ Região de Biquíni | ☐ Pernas Completas |
| ☐ Panturrilhas | ☐ Mãos | |

Número da Sessão

Avaliação de Saúde

Você está atualmente grávida ou amamentando? *

- ☐ Sim ☐ Não

Você teve exposição solar, autobronzeador ou solário nos últimos 2-4 semanas? *

- ☐ Sim ☐ Não

Você está tomando medicamentos fotossensibilizantes (antibióticos, retinoides, Accutane)? *

- ☐ Sim ☐ Não

Você tem infecções de pele ativas, feridas abertas ou aftas na área de tratamento? *

☐ Sim ☐ Não

Você tem alguma das seguintes condições?

- | | |
|--|---|
| ☐ Vitiligo | ☐ Melasma |
| ☐ Histórico de cicatrizes queloides | ☐ Transtorno convulsivo desencadeado por luz |
| ☐ Marca-passo ou dispositivo implantado | ☐ Nenhuma das acima |

Tipo de Pele Fitzpatrick *

- ☐ Tipo I — Sempre queima, nunca bronzeia
- ☐ Tipo II — Geralmente queima, bronzeia minimamente
- ☐ Tipo III — Às vezes queima, bronzeia uniformemente
- ☐ Tipo IV — Queima minimamente, bronzeia facilmente
- ☐ Tipo V — Raramente queima, bronzeia escuro
- ☐ Tipo VI — Nunca queima, muito pigmentada

Riscos e Cuidados Pós-Tratamento

Riscos Potenciais:

- Vermelhidão, inchaço e calor (comum, desaparece em horas a dias)
- Bolhas ou crostas (incomum)
- Hiperpigmentação ou hipopigmentação (mais provável em tons de pele mais escuros)
- Queimaduras ou cicatrizes (raro)
- Crescimento paradoxal de pelos (raro com remoção de pelos)
- Lesão ocular se óculos de proteção não forem usados
- Reativação de herpes simples (aftas)

Cuidados Pós-Tratamento:

- Aplique compressas frias e aloe vera conforme necessário
- Evite exposição solar e aplique SPF 30+ diariamente por pelo menos 4 semanas
- Não coce ou toque a pele tratada
- Evite duchas quentes, saunas e exercício por 24-48 horas
- Não use cera, pinça ou cremes depilatórios entre sessões (barbear é permitido)

Fui informado dos riscos potenciais do tratamento com laser e concordo em seguir todas as instruções de cuidados pós-tratamento.

Entendo os riscos e os requisitos de cuidados pós-tratamento: _____

Registro de Serviço

Apenas para uso interno

	Data	Área	Comprimento de Onda	Fluência / Configurações
Entrada 1				
Entrada 2				
Entrada 3				
Entrada 4				

	Data	Área	Comprimento de Onda	Fluência / Configurações
Entrada 5				
Entrada 6				

Consentimento e Assinatura

Consinto com o tratamento com laser descrito acima. Fui informado dos riscos, benefícios e alternativas. Divulguei todas as informações relevantes de saúde e concordo em seguir as instruções de cuidados pós-tratamento. Libero o prestador de responsabilidade.

Confirmo que li e entendo 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.