

Consentimento para Microagulhamento

Consentimento informado para tratamentos de microagulhamento (terapia de indução de colágeno)

Informações do Cliente

Primeiro Nome *

Sobrenome *

Endereço de E-mail *

Número de Telefone *

Data de Nascimento *

DD / MM / AAAA

Detalhes do Tratamento

Dispositivo de Microagulhamento *

- | | |
|--|-----------------------------------|
| ☐ SkinPen | ☐ Dermapen |
| ☐ Morpheus8 (Microagulhamento RF) | ☐ Vivace |
| ☐ Outro | |

Áreas de Tratamento *

- | | |
|---|---|
| ☐ Rosto completo | ☐ Pescoço |
| ☐ Decote | ☐ Mãos |
| ☐ Estrias | ☐ Cicatrizes de acne (área específica) |

Sérums Adicionais (se aplicável)

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ PRP (Plasma Rico em Plaquetas) | ☐ Sérum de ácido hialurônico | ☐ Sérum de fator de crescimento |
| ☐ Sérum de vitamina C | ☐ Nenhum | |

Avaliação de Saúde

Você atualmente tem acne ativa, surto de rosácea ou infecção da pele na área de tratamento? *

- ☐ Sim ☐ Não

Você tem um transtorno de coagulação ou está tomando anticoagulantes? *

- ☐ Sim ☐ Não

Você tem histórico de cicatrizes queloides ou hipertróficas? *

- ☐ Sim ☐ Não

Você está atualmente grávida ou amamentando? *

- ☐ Sim ☐ Não

Você teve algum dos seguintes tratamentos nas últimas 2 semanas?

- ☐ Peeling químico
 ☐ Tratamento a laser
 ☐ Depilação com cera
☐ Queimadura solar
 ☐ Nenhum dos anteriores

Riscos e Cuidados Pós-Tratamento

O que Esperar:

- Vermelhidão e inchaço leve semelhante a uma queimadura solar por 24-72 horas
- Pequeno sangramento puntiforme durante o tratamento (normal)
- A pele pode se sentir tensa, quente e sensível
- Pequena descamação ou pelagem por 3-5 dias

Riscos Potenciais:

- Vermelhidão ou inchaço prolongado
- Hematomas
- Infecção (se os cuidados pós-tratamento não forem seguidos)
- Hiperpigmentação pós-inflamatória
- Cicatrização (raro)
- Reação alérgica a sérums tópicos
- Surto ou milium

Cuidados Pós-Tratamento:

- Evite exposição direta ao sol e use FPS 30+ por no mínimo 2 semanas
- Sem maquiagem por 24 horas
- Sem produtos ativos para a pele (retinoides, AHA, vitamina C) por 72 horas
- Mantenha a pele limpa e hidratada
- Não coce ou puxe a pele tratada
- Evite natação, saunas e exercício intenso por 48 horas

Reconheço os riscos potenciais do microagulhamento e concordo em seguir todas as instruções de cuidado pós-tratamento fornecidas.

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

Registro de Serviço

Apenas para uso interno

	Data	Área	Profundidade (mm)	Passadas
Entrada 1				
Entrada 2				
Entrada 3				
Entrada 4				
Entrada 5				
Entrada 6				

Consentimento e Assinatura

Consinto com o procedimento de microagulhamento descrito acima. Entendo os riscos, benefícios e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas e recebi respostas satisfatórias. Concordo em seguir todas as instruções pré e pós-tratamento. Libero o provedor e a clínica de qualquer responsabilidade.

Confirmo 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.