

Consentimento de Levantamento com Fios PDO

Consentimento informado para levantamento com fios PDO, PLLA e PCL e tratamentos com fios lisos de rosto, pescoço e corpo

Informações do Cliente

Nome *

Sobrenome *

Endereço de E-mail *

Número de Telefone *

Data de Nascimento *

DD / MM / AAAA

Detalhes do Tratamento

Tipo de fio *

☐ Fios com barbs / levantamento ☐ Fios mono / lisos ☐ Ambos

Áreas de tratamento *

☐ Meio da face / Bochechas ☐ Mandíbula / Flacidez da mandíbula
☐ Pescoço ☐ Sobrancelha
☐ Nariz ☐ Corpo (abdômen, braços, joelhos)

Você já fez fios antes? *

☐ Sim ☐ Não

Se sim, quando, onde e houve algum problema?

Você fez preenchedor ou toxina botulínica na área nos últimos 2 semanas? *

☐ Sim ☐ Não

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.)
- ☐ Transtorno de sangramento ou uso de anticoagulantes
- ☐ Diabetes
- ☐ Histórico de quelóide ou cicatrização hipertrófica
- ☐ Câncer (atual ou nos últimos 5 anos)
- ☐ Imunossuprimido / Transtorno imunológico
- ☐ Nenhuma das acima

Você tem acne ativa, infecção ou inflamação na área de tratamento? *

- ☐ Sim ☐ Não

Você tem pele muito fina ou flacidez significativa da pele? *

- ☐ Sim ☐ Não

Você é alérgico a polidioxanona (PDO), ácido polilático ou outros materiais de sutura? *

- ☐ Sim ☐ Não

Você está planejando cirurgia facial ou outros procedimentos faciais nos próximos 6 meses? *

- ☐ Sim ☐ Não

Você toma anticoagulantes ou tem transtorno de sangramento? *

- ☐ Sim ☐ Não

Medicamentos e suplementos atuais

Alergias (medicamentos, látex, lidocaína, anestésicos)

Riscos e Complicações

Leia atentamente os possíveis riscos associados ao levantamento com fios.

Riscos e Possíveis Complicações:

- Inchaço, hematomas e sensibilidade por 1 a 2 semanas
- Depressões, rugas ou irregularidades da pele — geralmente melhoram em 2 a 3 semanas; ocasionalmente requerem ajuste
- Fios visíveis ou palpáveis, especialmente em pele fina
- Migração ou extrusão de fios — a ponta do fio pode necessitar ser aparada ou removida
- Assimetria
- Infecção e reação inflamatória
- Lesão de nervo ou glândula salivar — dormência ou dor temporária (raro)
- Hematoma (acúmulo de sangue)
- Resultado limitado ou de curta duração — fios de levantamento se dissolvem em 6 a 12 meses; o efeito de levantamento é modesto em comparação com cirurgia

Evite abrir muito a boca, mastigar alimentos duros, massagem facial, trabalho odontológico e dormir de rosto na cama por 2 semanas.

Entendo que um levantamento com fios fornece um levantamento sutil e temporário que não substitui o levantamento cirúrgico, que os fios se dissolvem ao longo dos meses e que tratamentos repetidos podem ser necessários.

Entendo que o resultado é modesto e temporário: _____

Entendo que depressões, fios visíveis ou palpáveis, migração, extrusão e assimetria podem ocorrer e podem exigir tratamento de acompanhamento ou remoção do fio.

Entendo os riscos de depressões, visibilidade e migração: _____

Autorização de Fotografia

Podemos tirar fotos antes e depois do seu tratamento? *

- ☐ Sim — apenas para meu prontuário médico
- ☐ Sim — e você pode usá-las anonimamente para marketing
- ☐ Não

Registro de Serviço

Apenas para uso interno

	Data	Área	Tipo de fio / Quantidade / Número de Lote	Observações
Entrada 1				
Entrada 2				
Entrada 3				
Entrada 4				
Entrada 5				
Entrada 6				

Consentimento e Assinatura

Consinto voluntariamente com o tratamento de levantamento com fios. Fui informado dos benefícios, riscos, alternativas (incluindo levantamento cirúrgico, injetáveis e dispositivos de energia) e possíveis complicações. Entendo que este é um procedimento cosmético eletivo com resultados temporários e nenhuma garantia de resultado foi feita. Libero o provedor e a prática de responsabilidade relacionada a este tratamento, exceto em casos de negligência.

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.