

Consentimento PRP / Vampire Facial

Consentimento informado para terapia com Plasma Rico em Plaquetas (PRP) e tratamentos de microagulhamento PRP

Informações do Cliente

Primeiro Nome *

Sobrenome *

Endereço de Email *

Número de Telefone *

Data de Nascimento *

DD / MM / AAAA

Detalhes do Tratamento

Tipo de Tratamento PRP *

- ☐ Facial PRP (Vampire Facial — PRP + Microagulhamento)
- ☐ Injeções de PRP (articulação, couro cabeludo ou pele)
- ☐ Restauração Capilar com PRP

Áreas de Tratamento *

- ☐ Rosto
- ☐ Pescoço
- ☐ Couro Cabeludo
- ☐ Sob os Olhos
- ☐ Mãos
- ☐ Articulação (especificar)

Avaliação de Saúde

Você está atualmente grávida ou amamentando? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Você tem um transtorno de sangramento ou disfunção plaquetária? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Você está tomando anticoagulantes ou AINEs (aspirina, ibuprofeno)? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Você tem alguma infecção ativa de pele ou aftas na área de tratamento? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Você tem algum câncer ativo ou doença transmitida por sangue? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Você tomou Accutane nos últimos 6 meses? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Riscos e Recuperação Esperada

Sobre o Tratamento PRP:

O PRP utiliza seu próprio sangue, que é coletado, processado em uma centrífuga para concentrar plaquetas e depois aplicado na pele via microagulhamento ou injetado nas áreas-alvo.

Riscos Potenciais:

- Hematomas, vermelhidão e inchaço nos locais de coleta de sangue e tratamento
- Dor ou desconforto durante o tratamento
- Infecção (rara)
- Reação alérgica ao creme anestésico (o PRP em si usa seu próprio sangue)
- Hiperpigmentação temporária
- Nódulos nos locais de injeção (raros)
- Os resultados variam — múltiplas sessões geralmente são necessárias

Cuidados Pós-Tratamento:

- Evite tocar a área tratada por 6 horas
- Sem maquiagem por 24 horas
- Evite sol, exercício e sauna por 48 horas
- Sem retinóides ou esfoliantes por 72 horas
- Mantenha a pele hidratada

Entendo que o PRP envolve coleta de sangue e os riscos associados tanto à coleta quanto ao tratamento. Consinto em prosseguir.

Entendo os riscos e o procedimento de coleta de sangue: _____

Registro de Serviço

Apenas para uso interno

	Data	Etapas	Detalhe	Notas
Entrada 1				
Entrada 2				
Entrada 3				
Entrada 4				
Entrada 5				
Entrada 6				

Consentimento e Assinatura

Consinto ao tratamento PRP descrito acima, incluindo a coleta de sangue. Entendo os riscos, benefícios e alternativas. Divulguei todas as informações relevantes de saúde. Libero o provedor 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.