

# Consentimento de Microneedling RF

Consentimento informado para microneedling com radiofrequência (dispositivos tipo Morpheus8) com rastreamento de implante, marca-passo e pele

## Informações do Cliente

Primeiro Nome \*

Sobrenome \*

Endereço de Email \*

Número de Telefone \*

Data de Nascimento \*

DD / MM / AAAA

## Detalhes do Tratamento

Áreas de tratamento \*

☐ Rosto

☐ Pescoço

☐ Mandíbula / Submental

☐ Abdômen

☐ Braços

☐ Coxas / Glúteos

☐ Outro

Objetivos

☐ Firmeza da pele

☐ Cicatrizes de acne

☐ Textura e poros

☐ Estrias

☐ Redução de gordura subdérmica

Você já fez microneedling ou tratamentos com RF antes? \*

☐ Sim ☐ Não

## Histórico Médico

Você está grávida, tentando engravidar ou amamentando? \*

☐ Sim ☐ Não

Você tem alguma das seguintes condições?

☐ Condição autoimune (lúpus, AR, EM, etc.)

☐ Transtorno de coagulação ou em uso de anticoagulantes

☐ Diabetes

☐ Histórico de cicatrizes queloides ou hipertróficas

☐ Câncer (atual ou nos últimos 5 anos)

☐ Imunosuprimido / transtorno imunológico

☐ Nenhuma das anteriores

Você tem um marca-passo, desfibrilador ou qualquer dispositivo eletrônico implantado? \*

☐ Sim ☐ Não

Você tem implantes de metal, placas ou parafusos na área de tratamento ou próximo? \*

☐ Sim ☐ Não

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

☐ Sim ☐ Não

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

☐ Sim ☐ Não

Você aplicou preenchedor, neurotoxina ou fios na área nas últimas 2 semanas? \*

☐ Sim ☐ Não

Você tem melasma ou histórico de hiperpigmentação pós-inflamatória? \*

☐ Sim ☐ Não

Você teve exposição solar significativa ou bronzamento nos últimos 2 semanas? \*

☐ Sim ☐ Não

Medicamentos e suplementos atuais

Alergias (medicamentos, látex, lidocaína, anestésicos)

## Riscos e Complicações

Riscos e Possíveis Complicações:

- Vermelhidão, inchaço e calor por 1-3 dias; sangramento puntiforme e descamação leve são esperados
- Marcas de grade do padrão de agulhas, desaparecendo em dias
- Hematomas, especialmente com anticoagulantes ou óleo de peixe
- Hiperpigmentação ou hipopigmentação, mais provável com pele bronzada, melasma ou tipos de pele mais escura
- Infecção ou reativação de herpes labial
- Queimaduras, bolhas ou perda de gordura se a energia for muito alta (raro)
- Cicatrização (raro)
- Irritação nervosa — dormência ou formigamento temporário (raro)

A maioria das pessoas precisa de uma série de 3 tratamentos com 4-6 semanas de intervalo, com resultados de colágeno desenvolvendo em 3-6 meses. Creme anestésico é aplicado antes do tratamento.

Entendo a vermelhidão, inchaço, marcas de grade e sangramento puntiforme esperados, e os riscos menos comuns de alteração pigmentar, infecção, queimaduras e cicatrização.

Entendo o tempo de recuperação esperado e os riscos: \_\_\_\_\_

Confirmando que não tenho dispositivo eletrônico implantado ou metal na área de tratamento e divulguei todos os medicamentos, incluindo isotretinoína e anticoagulantes.

Divulguei implantes e medicamentos: \_\_\_\_\_

## Autorização de Fotografias

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

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

## Registro de Serviço

Apenas para uso interno

|           | Data | Área | Profundidade / Energia / Passagens | Observações |
|-----------|------|------|------------------------------------|-------------|
| Entrada 1 |      |      |                                    |             |
| Entrada 2 |      |      |                                    |             |
| Entrada 3 |      |      |                                    |             |
| Entrada 4 |      |      |                                    |             |
| Entrada 5 |      |      |                                    |             |
| Entrada 6 |      |      |                                    |             |

## Consentimento e Assinatura

Consinto voluntariamente em receber tratamento com microneedling de radiofrequência. Fui informado(a) sobre os benefícios, riscos, alternativas e possíveis complicações. Entendo que este é um procedimento cosmético eletivo, que os resultados variam e se desenvolvem ao longo de meses, e que 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.