

Consentimento para Remoção de Pintas, Fibromas e Lesões de Pele

Consentimento informado para remoção cosmética de fibromas de pele, pintas benignas e lesões pigmentadas por radiofrequência, laser, crioterapia ou excisão por raspagem, com reconhecimento de patologia

Informações do Cliente

Primeiro Nome *

Sobrenome *

Endereço de E-mail *

Número de Telefone *

Data de Nascimento *

DD / MM / AAAA

Detalhes da Lesão

O que está sendo removido? *

- | | |
|---|--|
| ☐ Fibroma(s) de pele | ☐ Pinta (nevo) |
| ☐ Ceratose seborréica / mancha senil | ☐ Angioma em cereja |
| ☐ Mília | ☐ Outro |

Número de lesões *

Localização(ões) *

Método *

- | | |
|---|---|
| ☐ Radiofrequência / Eletrocauterização | ☐ Laser |
| ☐ Crioterapia (congelamento) | ☐ Excisão por raspagem |
| ☐ Excisão por corte | |

A lesão mudou recentemente de alguma destas formas? *

- | | |
|--|--|
| ☐ Cresceu de tamanho | ☐ Mudou de cor ou tem múltiplas cores |
| ☐ Borda irregular ou desigual | ☐ Sangra, coça ou forma crostas |
| ☐ Apareceu nova após os 30 anos | ☐ Sem mudanças |

Um dermatologista ou médico avaliou esta lesão? *

- ☐ 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 hemorrágico ou em uso de anticoagulantes
- ☐ Diabetes
- ☐ Histórico de quelóide ou cicatrização hipertrófica
- ☐ Câncer (atual ou nos últimos 5 anos)
- ☐ Imunocomprometido / transtorno imunitário
- ☐ Nenhuma das anteriores

Você tem histórico pessoal ou familiar de melanoma ou câncer de pele? *

- ☐ Sim ☐ Não

Você tem um marca-passo ou dispositivo eletrônico implantado? *

- ☐ Sim ☐ Não

Você forma quelóides ou cicatrizes espessas? *

- ☐ Sim ☐ Não

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

- ☐ Sim ☐ Não

Você toma anticoagulantes? *

- ☐ Sim ☐ Não

Medicamentos e suplementos atuais

Alergias (medicamentos, látex, lidocaína, anestésicos)

Riscos e Complicações

Riscos e Complicações Potenciais:

- Cicatrização — toda remoção deixa uma marca que pode ser plana, elevada, mais clara ou mais escura que a pele circundante
- Hiperpigmentação ou hipopigmentação no local, às vezes durável
- Remoção incompleta ou recrescimento necessitando um segundo tratamento
- Sangramento, infecção ou cicatrização atrasada
- Dor ou queimação durante e após o tratamento
- Irritação de nervo — dormência temporária (rara)
- Diagnóstico perdido — remoção cosmética sem patologia significa que uma lesão não é examinada ao microscópio; uma lesão suspeita ou em mudança deve ser avaliada por um médico e pode necessitar biópsia

Mantenha o local coberto e úmido conforme instruído, evite arrancar crostas e use proteção solar por 3 meses para reduzir descoloração.

Entendo que a remoção sempre deixa uma marca, que pode ser mais clara, mais escura ou elevada, e que a lesão pode retornar e necessitar retratamento.

Entendo que uma cicatriz ou mudança de pigmento permanecerá: _____

Entendo que a remoção cosmética não inclui exame microscópico, a menos que especificamente arranjado, que uma lesão em mudança ou suspeita deve ser avaliada por um dermatologista primeiro, e que respondi as questões sobre a lesão com veracidade.

Entendo que esta remoção é cosmética e a lesão não será examinada por patologia, a menos que arranjado: _____

Liberação de Fotos

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

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

Registro de Atendimento

Apenas para uso interno

	Data	Lesão / Localização	Método / Configurações	Observações
Entrada 1				
Entrada 2				
Entrada 3				
Entrada 4				
Entrada 5				
Entrada 6				

Consentimento e Assinatura

Consinto voluntariamente na remoção cosmética da(s) lesão(ões) descrita(s) acima. Fui informado dos benefícios, riscos, alternativas (incluindo avaliação médica e biópsia) e possíveis complicações, incluindo cicatrização e mudança de pigmento. Entendo que este é um procedimento eletivo 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 compreendi as informações acima e dou meu consentimento informado.

Lí e compreendo 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.