

Consentimento para Lifting Facial Não Cirúrgico (HIFU / RF / Ultrassom)

Consentimento informado para lifting de pele não cirúrgico com ultrassom focado de alta intensidade, radiofrequência monopolar e dispositivos de energia similares

Informações do Cliente

Primeiro Nome *

Sobrenome *

Endereço de Email *

Número de Telefone *

Data de Nascimento *

DD / MM / AAAA

Detalhes do Tratamento

Tipo de tratamento *

- ☐ Ultrassom focado de alta intensidade (HIFU) ☐ Radiofrequência monopolar
☐ RF bipolar / multipolar ☐ Outro dispositivo de energia

Áreas de tratamento *

- ☐ Rosto inteiro ☐ Terço inferior do rosto / Mandíbula
☐ Pescoço ☐ Sobrancelha / Olhos
☐ Decotagem ☐ Corpo (abdômen, braços, coxas, joelhos)

Você já fez tratamentos de lifting com dispositivos de energia antes? *

☐ Sim ☐ Não

Você recebeu preenchedor, neurotoxina ou fios na área nas últimas 4 semanas? *

☐ Sim ☐ Não

Histórico Médico

Você está grávida, tentando engravidar ou amamentando? *

☐ Sim ☐ Não

Você tem alguma das seguintes condições?

- ☐ Doença autoimune (lúpus, artrite reumatoide, esclerose múltipla, etc.)
- ☐ Distúrbio de coagulação ou em anticoagulantes
- ☐ Diabetes
- ☐ Histórico de queloides ou cicatrizes hipertróficas
- ☐ Câncer (atual ou nos últimos 5 anos)
- ☐ Imunossuprimido / distúrbio imunológico
- ☐ Nenhuma das acima

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

- ☐ Sim ☐ Não

Você tem implantes metálicos, placas ou implantes dentários no caminho do tratamento? *

- ☐ Sim ☐ Não

Você tem preenchedor permanente, implantes ou fios na área de tratamento? *

- ☐ Sim ☐ Não

Você tem acne ativa, infecção, aftas ou feridas abertas na área? *

- ☐ Sim ☐ Não

Você tem paralisia de Bell, problemas de nervo facial ou distúrbio neuromuscular? *

- ☐ Sim ☐ Não

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

- ☐ Sim ☐ Não

Medicamentos e suplementos atuais

Alergias (medicamentos, látex, lidocaína, anestésicos)

Riscos e Complicações

Riscos e Complicações Potenciais:

- Vermelhidão, inchaço e sensibilidade por horas a dias
- Formigamento, dormência ou irritação de nervo — geralmente temporário; raramente durando semanas (HIFU)
- Hematomas ou pequenas marcas ao longo das linhas de tratamento que resolvem em dias
- Queimaduras ou bolhas se a energia for entregue muito superficialmente (raro)
- Perda de gordura ou mudança de contorno com energia excessiva em áreas finas (raro)
- Fraqueza muscular temporária ao redor da boca ou sobrancelha (raro)
- Mudança de pigmentação (raro)
- Resultado limitado — o lifting é gradual ao longo de 2 a 6 meses e modesto comparado à cirurgia; algumas pessoas veem pouca mudança

O desconforto durante o tratamento é comum e pode ser controlado com analgesia ou anestésico.

Entendo que o lifting de pele não cirúrgico produz resultados graduais e sutis ao longo de vários meses, que algumas pessoas não respondem, e que não é um substituto para cirurgia.

Entendo que o resultado é gradual, modesto e não garantido: _____

Entendo que dormência temporária, formigamento, fraqueza muscular, queimaduras e mudança de gordura ou contorno podem ocorrer e que divulguei todos os implantes e injetáveis na área de tratamento.

Entendo o risco de efeitos de nervo, queimaduras e mudança de contorno: _____

Autorização de Fotos

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

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

Registro de Serviço

Apenas para uso interno

	Data	Área	Dispositivo / Profundidade / Linhas / Energia	Observações
Entrada 1				
Entrada 2				
Entrada 3				
Entrada 4				
Entrada 5				
Entrada 6				

Consentimento e Assinatura

Dou meu consentimento voluntário para tratamento de lifting de pele não cirúrgico. Fui informado dos benefícios, riscos, alternativas e possíveis complicações. Entendo que este é um procedimento cosmético eletivo e nenhuma garantia de resultado foi feita. Libero o provedor e a prática de qualquer responsabilidade relacionada a este tratamento, exceto em casos de negligência.

Confirmo que li e compreendi 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.