

ESTÚDIO: _____

Termo de consentimento para laser (depilação/remoção)

Modelo para imprimir e preencher à mão

Cliente: _____

Nascimento: _____

CPF: _____

Telefone: _____

Responsável legal (se menor): _____

ANAMNESE

Você tem alguma alergia? (látex, metais, pigmentos, anestésicos, medicamentos)

[] Sim [] Não Qual? _____

Usa algum medicamento contínuo? Qual?

[] Sim [] Não Qual? _____

Usa anticoagulante ou aspirina com frequência?

[] Sim [] Não

Tem diabetes?

[] Sim [] Não

Tem hipertensão?

[] Sim [] Não

Tem problema cardíaco ou marca-passo?

[] Sim [] Não

Tem epilepsia?

[] Sim [] Não

Tem hepatite, HIV ou outra condição transmissível pelo sangue?

[] Sim [] Não

Tem tendência a queloide ou cicatrização difícil?

[] Sim [] Não

Está grávida ou amamentando?

[] Sim [] Não

Consumiu álcool ou drogas nas últimas 24 horas?

[] Sim [] Não

Está em jejum há mais de 4 horas?

[] Sim [] Não

Tem alguma lesão, infecção ou doença de pele na região?

[] Sim [] Não Qual? _____

Fototipo de pele

[] I [] II [] III [] IV [] V [] VI

Tomou sol ou bronzamento nos últimos 15 dias?

[] Sim [] Não

Usa medicamento fotossensibilizante?

[] Sim [] Não Qual? _____

Tem melasma ou manchas na região?

[] Sim [] Não

TERMO DE CONSENTIMENTO

1. Estou ciente de que o laser pode causar queimadura, bolhas, hiperpigmentação ou hipopigmentação, vermelhidão, edema e sensibilidade, com maior risco em pele bronzada ou fototipos altos.

2. Comprometo-me a usar os óculos de proteção durante toda a sessão e a informar imediatamente qualquer dor além do esperado.
3. Entendo que o resultado exige várias sessões, que a resposta varia por região, cor do pelo e fototipo, e que não há garantia de remoção total.
4. Comprometo-me a evitar sol, bronzamento artificial e autobronzeadores por 15 dias antes e depois de cada sessão e a usar protetor solar na região tratada.
5. Entendo que o resultado depende também dos cuidados após o procedimento e que a responsabilidade por não seguir as orientações recebidas é minha.
6. Declaro que as informações da anamnese são verdadeiras e completas, e que não omiti nenhuma condição de saúde, alergia ou medicamento em uso.
7. Fui esclarecido sobre o procedimento, seus riscos, os cuidados necessários e as alternativas disponíveis, e tive oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas.
8. Consinto de forma livre e consciente com a realização do procedimento e sei que posso desistir a qualquer momento antes do seu início.
9. Entendo que a omissão de informações sobre minha saúde pode causar dano e que a responsabilidade por essa omissão é minha.
10. Estou ciente de que o profissional pode recusar ou interromper o procedimento com base nas respostas da anamnese ou em qualquer sinal de risco.

TRATAMENTO DE DADOS SENSÍVEIS

Para realizar este procedimento com segurança, {estudio} precisa registrar informações sobre sua saúde (alergias, condições e medicamentos). Esses dados são sensíveis pela LGPD (Lei 13.709/2018, art. 11) e serão usados exclusivamente para avaliar a segurança do procedimento e como registro do seu consentimento. Ficam armazenados de forma protegida por {anos} anos e depois são apagados. Você pode pedir acesso, correção ou exclusão pelo contato do estúdio. Ao marcar a caixa abaixo, você consente de forma específica com esse tratamento.

[] Li e concordo com o tratamento dos meus dados de saúde para este procedimento.

Assinatura do cliente

Assinatura do responsável legal