

ESTÚDIO: _____

Termo de consentimento para piercing

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 quelóide 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? _____

Local do piercing

Material da joia

[] Titânio [] Aço cirúrgico [] Ouro [] Outro

TERMO DE CONSENTIMENTO

1. Estou ciente de que o piercing envolve riscos como infecção, rejeição, migração da joia, cicatriz hipertrófica, quelóide e sangramento, mesmo com material esterilizado e descartável.
2. Entendo que o tempo de cicatrização varia por região: lóbulo de 6 a 8 semanas, cartilagem de 6 a 12 meses, umbigo e mamilo de 6 a 12 meses, e que durante esse período a joia inicial deve permanecer no lugar.
3. Recebi as orientações de cuidados: limpar com soro fisiológico, não girar a joia, não tocar com as mãos sujas, evitar piscina, mar e sauna, e procurar o profissional em caso de dor, calor, vermelhidão ou secreção.

4. Estou ciente de que a troca da joia só deve acontecer após a cicatrização completa e, de preferência, com o profissional.
5. Declaro ter 18 anos ou mais, ou estar acompanhado do responsável legal identificado neste termo, ciente de que a responsabilidade por realizar o procedimento em menor é do profissional e do responsável.
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