

DADOS GERAIS

Nome:
Idade: Gênero: Data Nasc.:
CPF: RG: Contato: (.....)
Endereço:
Bairro: Cidade: CEP:
Ocupação: E-mail:

HISTÓRICO

Está grávida ou existe a possibilidade de estar? () Sim () Não
Está amamentando? Ou teve bebê recentemente? () Sim () Não
Histórico de Herpes? () Sim () Não
Qual(is) o(s) medicamento(s)/vitamina(s) que você ingere diariamente?
.....
Como é sua cicatrização? () muito boa () boa () razoável () ruim
Está sob algum tratamento médico? () Sim, qual? () Não
Possui alergia (medicamento/alimento)? () Sim, qual? () Não
Possui alguma doença autoimune? () Sim, qual? () Não
Utiliza protetor solar diariamente? () Sim, qual FPS? () Não
Utilizou isotretinoína (Roacutan) nos últimos 6 meses? () Sim () Não
Já realizou algum procedimento estético? () Sim, qual?
E há quanto tempo?
Alterações cardíacas: () Sim, quais? () Não
Hipo/hipertensão: () Sim () Não
Distúrbios circulatórios: () Sim, qual? () Não
Tabagismo: () Sim () Não

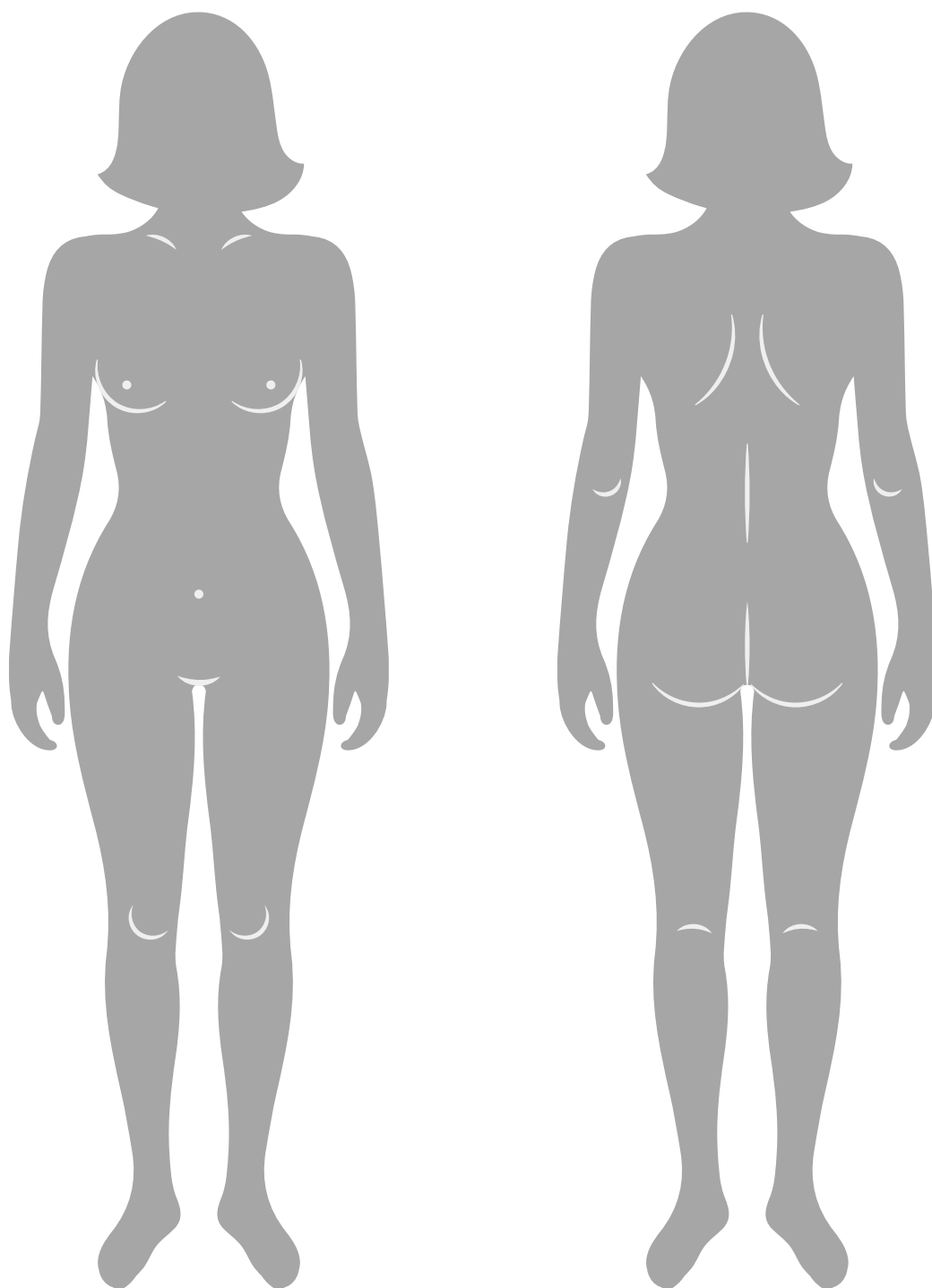
DECLARO que respondi a verdade e não ocultei nenhum dado nesta ficha de anamnese.

AUTORIZO a realização dos procedimentos estéticos a mim indicados.

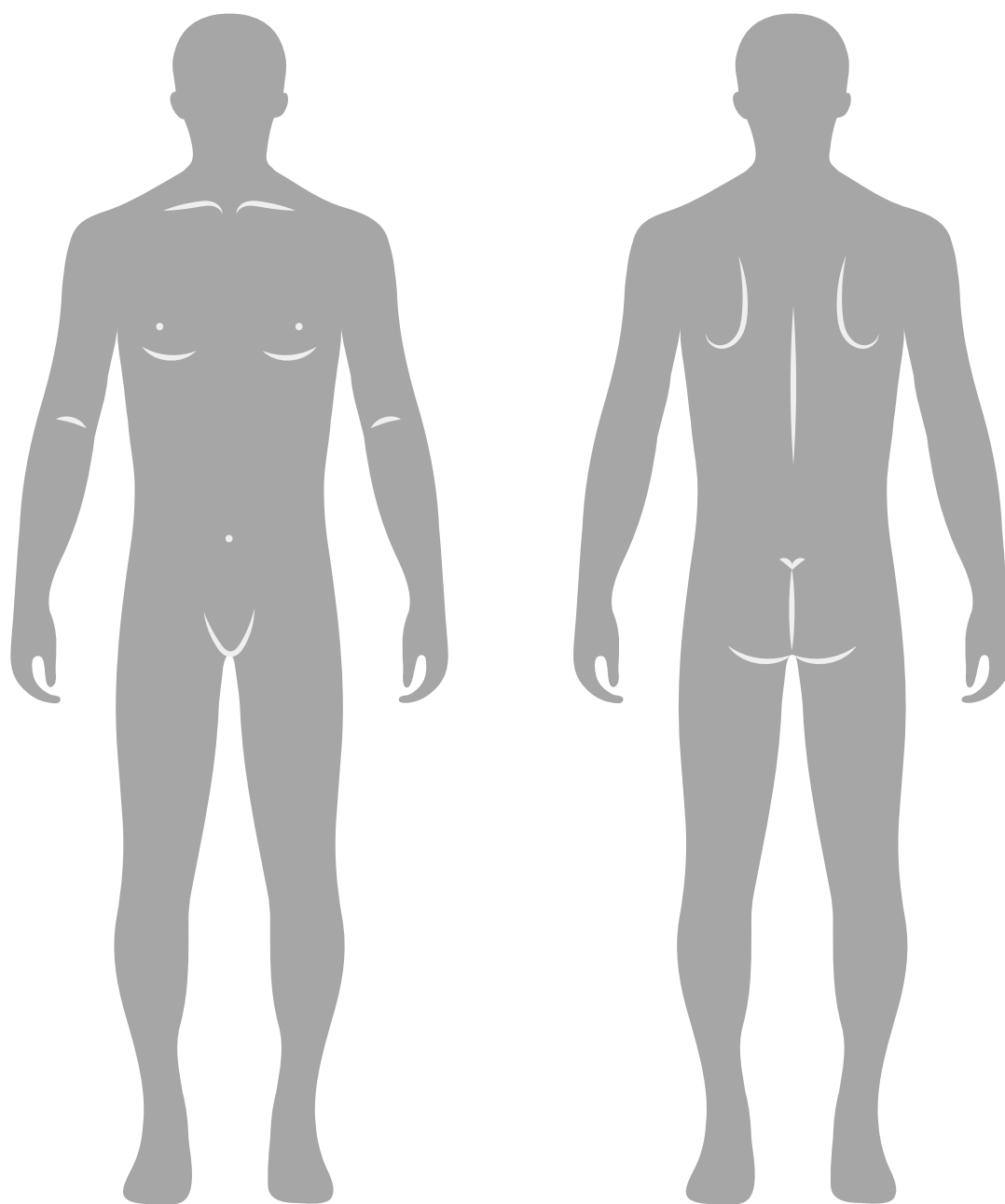
.....
Assinatura do paciente (menores de idade assinatura do responsável)

DATA: / /

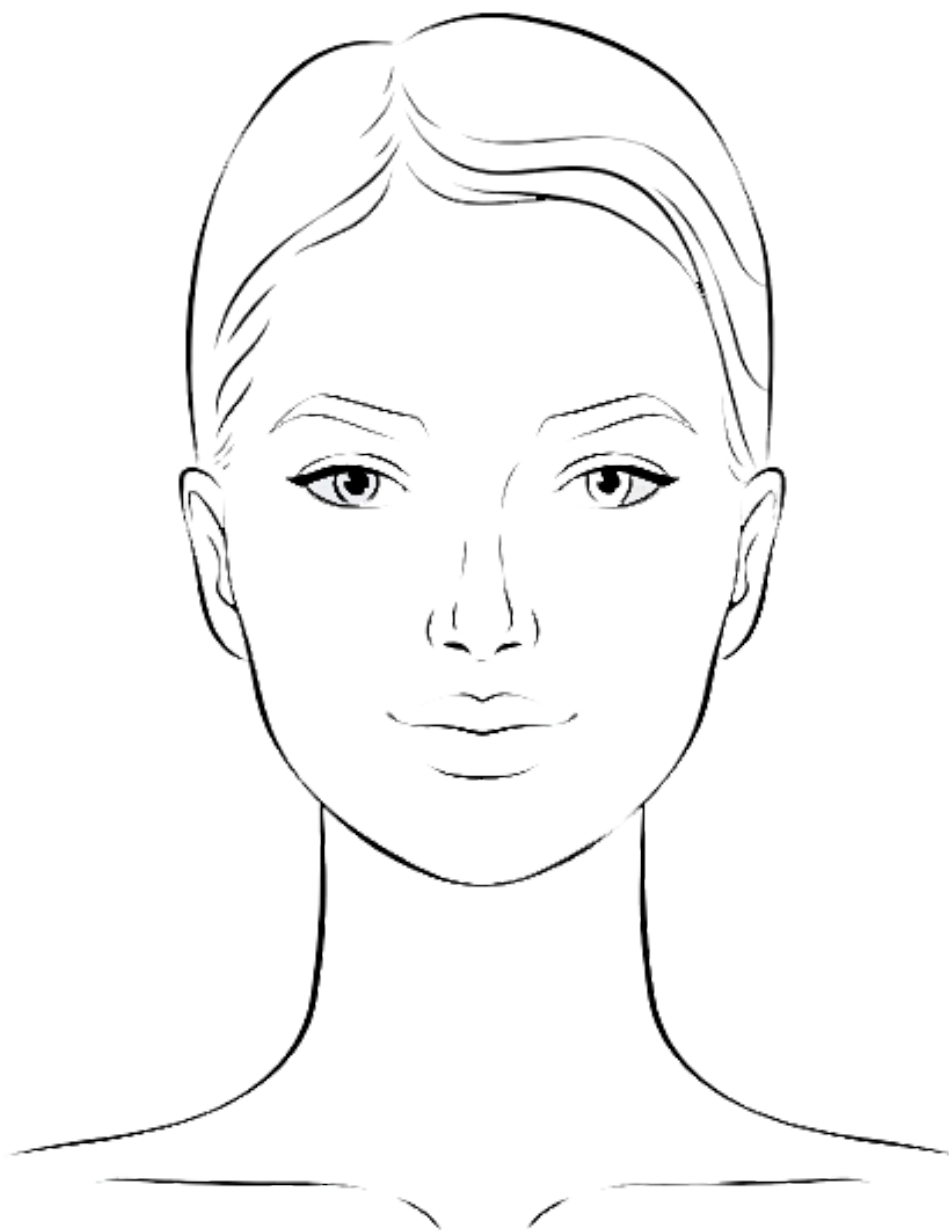
LOCAL DE APLICAÇÃO:



LOCAL DE APLICAÇÃO:



LOCAL DE APLICAÇÃO:



FOTOS ANTES:

FOTOS DEPOIS:

Eu _____, portador do CPF n.º _____, autorizo a (nome do profissional) _____, registro _____ especializada em _____, a aplicar em mim o procedimento de fios de PDO.

Entendo que esse procedimento é puramente eletivo e que:

Sou co-responsável pelo sucesso do procedimento;

Fui informado(a) sobre os possíveis riscos e complicações, incluindo, mas não limitado a: inchaço, hematomas, infecção, reações alérgicas, desconforto temporário e a possibilidade de resultados insatisfatórios;

Foram informadas e entendi todas as orientações e cuidados pós-procedimento, incluindo o posicionamento ao dormir, controle das expressões faciais, restrições a atividades físicas, uso de filtro solar e outros cuidados importantes para o sucesso do procedimento;

Compreendo que os resultados do procedimento podem variar e que a duração dos efeitos dependem do tipo de fio utilizado, da resposta individual e do processo natural de absorção;

Fui informado (a) ainda com explicações verbais sobre a natureza e os propósitos do procedimento, assim como os benefícios, riscos, alternativas e meios de tratamento. Estou ciente de que, para obter o melhor resultado possível, devo associar a técnica com outros cuidados diários com a pele. Bem como, deverei seguir as orientações pós-procedimento e as prescrições indicadas;

Por fim, ao assinar este termo, confirmo que recebi todas as informações, li, entendi e concordo com as informações fornecidas. Estou ciente dos riscos e benefícios associados ao procedimento estético com fios de PDO.

()AUTORIZO ()NÃO AUTORIZO que sejam tiradas fotografias com finalidade de avaliar a eficácia do tratamento. Se minha identidade for preservada, este termo já caracteriza a minha permissão expressa para que essas fotografias sejam usadas e expostas publicamente para publicações profissionais e estudos ou mesmo com fins comerciais.

.....
Assinatura do paciente (menores de idade assinatura do responsável)

DATA: ____ / ____ / ____



Posicionamento ao Dormir:

Evite dormir de lado entre 10-15 dias. Opte por dormir de costas para evitar pressão excessiva no local de aplicação dos fios.



Expressões Faciais:

Evite expressões faciais excessivas, como franzir a testa ou sorrir amplamente, para não sobrecarregar a área tratada.



Atividades Físicas:

Aguarde 24 horas após o procedimento para retomar exercícios físicos leves. No caso de fios de tração, considere adiar atividades físicas mais intensas por pelo menos 10 dias.



Proteção Solar:

Utilize filtro solar diariamente, mesmo em dias nublados.

Em caso de hematoma ou equimose, evite exposição solar direta até a completa recuperação.



Manipulação da Área Tratada:

Não massageie, aperte ou se apoie na região tratada. Evite qualquer pressão desnecessária nos pontos onde os fios foram aplicados.



Evite Cosméticos na Área Tratada:

Evite o uso de maquiagem ou produtos cosméticos na região tratada por 24 horas após o procedimento, conforme orientação do profissional.



Acompanhamento Profissional:

Esteja atento a qualquer desconforto, inchaço excessivo ou outros sintomas anormais.



Consulta de Acompanhamento:

Programe a consulta de acompanhamento para revisão entre 15 e 30 dias após aplicação para avaliação do progresso.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Lembre-se de que essas orientações são gerais, e é fundamental seguir as recomendações específicas fornecidas pelo profissional de saúde que realizou o procedimento. Se surgirem dúvidas ou preocupações durante o processo de recuperação, não hesite em entrar em contato.