ANA MARIA JACOB
ESTÉTICA AVANÇADA

Consentimento — Microagulhamento facial e capilar · para preenchimento em papel

Identificação

Nome completo

Data de nascimento ____ / ____ / ________

CPF

WhatsApp

As declarações gerais estão na anamnese obrigatória, sem repetição neste termo. A autorização de imagem é independente. Este documento trata somente do procedimento descrito. O plano, os produtos, as regiões e as orientações individuais precisam estar definidos e esclarecidos antes da confirmação.

O que é e para que serve

O microagulhamento produz microperfurações controladas na pele ou no couro cabeludo com agulhas finas, para estimular a renovação da pele e, quando indicado, favorecer a ação de produtos aplicados. Pode ser considerado para textura, cicatrizes de acne, poros, linhas finas ou queda de cabelo, conforme avaliação. A profundidade, a região e os produtos associados são definidos e informados pela profissional.

Alternativas e limites

É possível não realizar, adiar ou optar por outros tratamentos. Em geral são necessárias várias sessões; a melhora é gradual, pode ser parcial e não é garantida. No couro cabeludo, a resposta depende da causa da queda, que pode exigir avaliação médica.

Riscos e possíveis intercorrências

São esperados vermelhidão, sensibilidade, inchaço leve e pequenos pontos de sangramento nas primeiras horas ou dias. Podem ocorrer hematomas, descamação, acne, reativação de herpes, infecção, manchas escuras ou claras, marcas de linhas do aparelho, reação a produtos aplicados e, raramente, cicatriz ou reação alérgica.

Cuidados antes e depois

Não usar maquiagem, ácidos ou produtos não indicados na região pelo tempo orientado. Manter a pele limpa, usar somente os produtos recomendados e protetor solar diário, evitando sol, piscina, sauna e exercício intenso no período orientado. No couro cabeludo, seguir a orientação sobre lavagem e produtos.

Quando avisar ou buscar assistência

Secreção, dor que aumenta, febre, vesículas de herpes, manchas que surgem ou reação intensa precisam de avaliação. Falta de ar, inchaço de face ou garganta ou desmaio são emergência. Em uma emergência, procure um pronto-socorro ou acione o SAMU pelo 192; não espere resposta da clínica por mensagem. Depois, comunique a clínica pelo (31) 99584-4803.

Decisão sobre o microagulhamento descrito

Posso pedir esclarecimentos, adiar ou recusar o procedimento antes de sua realização, sem precisar justificar, e recebo uma cópia deste documento. A confirmação e a assinatura dizem respeito somente ao plano descrito, após esclarecimento das dúvidas. Não autorizam divulgação de imagens nem outros procedimentos. Aceito a assinatura eletrônica deste documento, com registro de data, hora, dispositivo e integridade do conteúdo, como manifestação válida da minha vontade.

Perguntas

Qual região foi conversada com a profissional? (obrigatória)

☐ Rosto ☐ Couro cabeludo ☐ Corpo ☐ Ainda não definida

Tem melasma ou costuma ficar com manchas escuras depois de espinhas, machucados ou procedimentos? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Usou ácidos, retinoides ou esfoliantes na região nos últimos 7 dias? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Já fez microagulhamento antes e teve alguma reação ou mancha? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Quais dúvidas ou observações sobre este procedimento você quer discutir antes de decidir?

Declaração e assinatura

Declaro que li este documento, que as respostas acima são verdadeiras e que comunicarei qualquer alteração antes do atendimento.

Assinatura da paciente

Local e data

Assinatura e carimbo da profissional

Data da revisão profissional

Modelo amj-termo-microagulhamento-20261112 · versão para preenchimento em papel gerada a partir da biblioteca de documentos da clínica. A via assinada deve ser conferida e arquivada no prontuário.

Demonstração local com dados fictícios. Sem validade de documento clínico ou fiscal.