

Termo de Consentimento Informado para Dermaroller

Declaro ter sido informado(a) claramente de todos os benefícios, riscos, indicações, contra indicações e principais efeitos colaterais relacionados ao tratamento de microagulhamento ou dermaroller.

Estou ciente de que o tratamento de microagulhamento utiliza um cilindro incrustado por centenas de agulhas, cuja finalidade é provocar micro lesões na pele, deixando áreas ao redor intactas para que sirvam de aporte a regeneração da pele que sofreu a lesão .

Tal procedimento pode ser utilizado para rejuvenescimento da face, pescoço, mãos; tratamento de cicatrizes da acne; estrias; rugas e linhas de expressão; flacidez; poros abertos e também podem auxiliar no tratamento de manchas.

Fui esclarecida da possibilidade de ocorrer reações como edema, eritema e leves arranhões após a realização desta técnica.

Recebi orientações para não fazer uso de nenhum produto sem orientação pelo período de 24 horas, evitar a maquiagem, e a não me expor ao sol.

Comprometo-me a seguir todas as orientações e a fazer uso de todos os produtos indicados, respeitando os horários estabelecidos, isentando neste ato a profissional.

Para este procedimento não houve promessa de resultado uma vez que cada cliente tem uma resposta frente a esta técnica. Tenho ciência de que o procedimento também está subordinado ao meu comportamento e disciplina diante do cumprimento das orientações recebidas.

Expresso também a minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejados decorrentes do procedimento.

Goiânia, _____ de _____ de 20____

Cliente