

Formular de Consimțământ pentru Procedura de Cavitație

Informații Client:

- Nume: _____
- Data nașterii: _____
- Adresă: _____
- Telefon: _____
- Email: _____

Informații Procedură:

- Tip Procedură: **Cavitație**
- Data Procedurii: _____

1. Descrierea procedurii:

Radiofrecvența monopolară utilizează unde radio pentru a încălzi țesuturile subcutanate și pentru a stimula producția de collagen, tonifierea pielii și combaterea celulitei. Procedura este neinvazivă și poate oferi îmbunătățiri estetice fără intervenții chirurgicale.

2. Beneficii:

- Reducerea semnificativă a țesutului adipos în zonele tratate.
- Îmbunătățirea conturului corporal și a formei fizice.
- Stimulează drenajul limfatic și metabolismul local.
- Îmbunătățirea aspectului pielii prin reducerea celulitei și a tonusului inegal.

3. Riscuri și Efecte Secundare:

- Disconfort sau durere ușoară în timpul sau după procedură.
- Roșeață și sensibilitate temporară în zona tratată.
- Vânătași minore și edem (umflături) care pot dura câteva zile.
- Rareori, pot apărea efecte adverse severe, cum ar fi infecții, leziuni ale țesutului sau reacții alergice.
- Complicații de tipul arsurilor termice sau dezintegrării necontrolate a țesuturilor.

4. Excluderi și Contraindicații:

- Sarcină sau alăptare.
- Afecțiuni hepatice sau renale severe, inclusiv ciroză hepatică sau insuficiență renală.
- Tulburări de coagulare a sângelui, inclusiv hemofilie sau trombocitopenie.
- Implanturi metalice sau dispozitive de stimulare cardiacă în zona de tratament.
- Infecții acute, inflamații sau afecțiuni cutanate severe în zona de tratament.
- Tumori maligne sau boli autoimune active.

5. Alternativa la Tratament:

- Proceduri invazive sau minim invazive, cum ar fi liposucția.
- Metode de scădere în greutate, cum ar fi dieta și exercițiile fizice.
- Alte tratamente non-invazive pentru reducerea grăsimii, cum ar fi criolipoliza sau radiofrecvența.

6. Declarație de consimțământ:

Confirm că am fost informat(ă) complet despre procedura de cavitație, beneficiile, riscurile, și alternativele disponibile. Am avut ocazia de a pune întrebări și am primit răspunsuri satisfăcătoare. Înțeleg că pot solicita informații suplimentare sau pot discuta despre orice preocupări înainte și după procedură.

Prin semnarea acestui formular, consimt la efectuarea procedurii de **cavitație**.

- Nume Client: _____

- Semnătura Client: _____

- Data: _____

Informații Specialist:

- Nume Specialist: _____