

# Termo de Responsabilidade – DILATAÇÃO



Obrigada por escolher a Butterfly para realizar o seu Microdermal!

Por favor, responda ao seguinte questionário:

	SIM	NÃO
<i>Declaro que faço o microdermal de livre vontade e que fui informado(a) de que ele iria ser realizado com todas as condições de higiene e segurança necessárias e de que os materiais usados estariam devidamente esterilizados.</i>		
<i>Sofre de alguma das seguintes doenças: Diabetes, hemofilia, falta de coagulação no sangue, hepatite, epilepsia, vírus HIV? Se respondeu sim, qual? _____</i>		
<i>Tem algum dos seguintes problemas de pele: Fungos, herpes, eczema, psoríase, formação de colóide? Se respondeu sim, qual? _____</i>		
<i>Está a ser medicado com analgésicos ou anticoagulantes? Se respondeu sim, qual? _____</i>		
<i>Compromete-se a seguir todas as recomendações que lhe serão dadas sobre o tratamento e cuidados a ter após a realização do piercing, assumindo a responsabilidade do que possa advir do não cumprimento das mesmas?</i>		
<i>Está grávida ou a amamentar?</i>		
<i>Tem algum problema de saúde que considere importante mencionar? Se respondeu sim, qual? _____</i>		
<i>Leu e compreendeu o documento?</i>		

Nome: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## A PREENCHER PELA BUTTERFLY:

<i>Local da Dilatação:</i>	
<i>Material usado:</i>	
<i>Produtos Limpeza / Cicatrização adquiridos:</i>	
<i>Observações:</i>	