Ficha de anamnese

Depilação a laser · para imprimir e preencher à mão

Cliente

Nome completo

Data de nascimento

Telefone / WhatsApp

E-mail

Documento (CPF ou RG)

Pele e pelos

Como é a cor da sua pele sem sol?

☐ Muito clara ☐ Clara ☐ Morena clara ☐ Morena ☐ Negra

Qual a cor dos pelos da região?

☐ Pretos ☐ Castanhos ☐ Loiros ☐ Ruivos ☐ Brancos ou grisalhos

Qual região será depilada?

Tomou sol ou fez bronzeamento (natural ou artificial) nos últimos 30 dias? ☐ Sim ☐ Não

Quando?

Usou autobronzeador nos últimos 15 dias? ☐ Sim ☐ Não

Tirou os pelos com cera, pinça ou linha nos últimos 30 dias? ☐ Sim ☐ Não

Tem tatuagem, micropigmentação ou pinta escura na região? ☐ Sim ☐ Não

Onde?

Tem melasma, vitiligo, psoríase ou ferida na região? ☐ Sim ☐ Não

O quê?

Tem foliculite ou pelos encravados com frequência? ☐ Sim ☐ Não

Já fez depilação a laser ou com luz pulsada? ☐ Sim ☐ Não

Teve alguma reação?

Saúde geral

Está grávida, com suspeita de gravidez ou amamentando? ☐ Sim ☐ Não

Tempo de gestação ou de amamentação:

Usa remédio ou produto que deixa a pele sensível à luz (alguns antibióticos, isotretinoína, ácidos)? ☐ Sim ☐ Não

Qual?

Tem alergia a algum medicamento, cosmético, látex, esparadrapo ou alimento? ☐ Sim ☐ Não

A quê?

Tem herpes que volta de tempos em tempos (labial ou na região a tratar)? ☐ Sim ☐ Não

Tem ovário policístico ou outra alteração hormonal? ☐ Sim ☐ Não

Qual? _____

Tem epilepsia ou já teve convulsão? ☐ Sim ☐ Não

Tem tendência a queloide ou cicatrização difícil? ☐ Sim ☐ Não

Tem diabetes? ☐ Sim ☐ Não

Está controlado? Usa insulina? _____

Tem ou já teve câncer de pele? ☐ Sim ☐ Não

Observações do profissional

Termo de ciência e consentimento

Declaro que as informações desta ficha são verdadeiras e que não omiti nenhum dado sobre a minha saúde. Vou avisar o(a) profissional sobre qualquer mudança antes das próximas sessões.

Recebi explicações sobre o procedimento de depilação a laser: como é feito, os cuidados antes e depois, o resultado esperado e as reações que podem acontecer. Pude tirar minhas dúvidas antes de assinar.

Sei que o número de sessões varia conforme a pele, o pelo e a região, que pelos claros ou brancos respondem pouco ao laser e que podem aparecer vermelhidão, ardor ou manchas temporárias.

Vou evitar o sol e usar protetor solar na região tratada durante todo o tratamento, e não vou tirar os pelos pela raiz entre as sessões.

☐ Li e concordo com o termo de ciência acima.

☐ Autorizo o(a) profissional responsável por este atendimento a registrar e guardar os dados pessoais e de saúde desta ficha, com a finalidade exclusiva de avaliar e realizar o atendimento com segurança e manter o meu histórico (Lei 13.709/2018 – LGPD, art. 11, I). Sei que posso pedir acesso, correção ou eliminação desses dados ao estabelecimento a qualquer momento.

Local e data: _____

Assinatura do cliente

Assinatura do profissional