Ficha de anamnese

Extensão de cílios · para imprimir e preencher à mão

Cliente

Nome completo

Data de nascimento

Telefone / WhatsApp

E-mail

Documento (CPF ou RG)

Olhos e cílios

Já teve reação a extensão de cílios, cola de cílios postiços, tintura ou esparadrapo? ☐ Sim ☐ Não

O que aconteceu?

Tem conjuntivite, blefarite, terçol ou olho seco neste momento? ☐ Sim ☐ Não

Fez cirurgia nos olhos ou nas pálpebras nos últimos 6 meses? ☐ Sim ☐ Não

Qual e quando?

Tem glaucoma ou usa colírio todos os dias? ☐ Sim ☐ Não

Qual colírio?

Tem queda de cílios, arranca os fios ou está em quimioterapia? ☐ Sim ☐ Não

Usa lentes de contato? ☐ Sim ☐ Não

Tem dificuldade de ficar deitada de olhos fechados por 1 a 2 horas (dor na coluna, claustrofobia)? ☐ Sim ☐ Não

Dorme de bruços ou com o rosto no travesseiro? ☐ Sim ☐ Não

Usa rímel à prova d'água ou demaquilante oleoso? ☐ Sim ☐ Não

Saúde geral

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

Tempo de gestação ou de amamentação:

Tem asma, rinite ou outra alergia respiratória? ☐ Sim ☐ Não

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

A quê?

Usa algum medicamento de forma contínua? ☐ Sim ☐ Não

Quais?

Tem problema de tireoide? ☐ 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 extensão de cílios: 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 devo manter os olhos fechados durante toda a aplicação, que a cola pode causar ardor ou alergia e que, se isso acontecer, devo avisar o(a) profissional para a remoção.

Sei que a duração depende do ciclo natural dos cílios e dos cuidados em casa, e que a manutenção é necessária.

- ☐ 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