Ficha de anamnese

Estética facial · para imprimir e preencher à mão

Cliente

Nome completo _____ Data de nascimento _____

Telefone / WhatsApp _____ E-mail _____ Documento (CPF ou RG) _____

Pele e rotina

Como você descreve a sua pele?

☐ Normal ☐ Seca ☐ Oleosa ☐ Mista ☐ Sensível ☐ Não sei

Usa ácidos, retinoides ou clareadores no rosto (tretinoína, ácido glicólico, hidroquinona)? ☐ Sim ☐ Não

Qual produto e desde quando? _____

Usou isotretinoína oral (Roacutan) nos últimos 6 meses? ☐ Sim ☐ Não

Usa protetor solar todos os dias? ☐ Sim ☐ Não

Tomou sol forte ou fez bronzeamento nos últimos 15 dias? ☐ Sim ☐ Não

Tem acne inflamada, rosácea, dermatite ou ferida no rosto neste momento? ☐ Sim ☐ Não

O quê e onde? _____

Fez peeling, laser, microagulhamento, toxina botulínica ou preenchimento nos últimos 30 dias? ☐ Sim ☐ Não

Qual e quando? _____

Já teve reação a algum produto ou procedimento no rosto? ☐ Sim ☐ Não

O que aconteceu? _____

Usa lentes de contato? ☐ Sim ☐ Não

Saúde geral

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

A quê? _____

Usa algum medicamento de forma contínua? ☐ Sim ☐ Não

Quais? _____

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

Tempo de gestação ou de amamentação: _____

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

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

Tem diabetes? ☐ Sim ☐ Não

Está controlado? Usa insulina? _____

Tem doença autoimune ou de pele, como lúpus, psoríase, vitiligo ou dermatite? ☐ Sim ☐ Não

Qual? _____

Usa marca-passo ou tem prótese, pino ou placa de metal no corpo? ☐ Sim ☐ Não

Onde? _____

Está em tratamento médico ou dermatológico no momento? ☐ Sim ☐ Não

Para quê? _____

Objetivo

O que mais incomoda na sua pele hoje?

Que resultado você espera do tratamento?

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 estético facial: 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 vermelhidão, sensibilidade e descamação leve podem aparecer depois do procedimento e que o resultado depende também dos cuidados em casa, como evitar o sol e usar protetor solar.

☐ 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