Ficha de anamnese

Micropigmentação · para imprimir e preencher à mão

Cliente

Nome completo

Data de nascimento

Telefone / WhatsApp

E-mail

Documento (CPF ou RG)

Área do procedimento

Qual área será pigmentada?

☐ Sobrancelhas ☐ Lábios ☐ Olhos (delineado) ☐ Outra

Já fez micropigmentação ou tatuagem nessa área? ☐ Sim ☐ Não

Há quanto tempo? Com qual técnica?

Aplicou toxina botulínica ou preenchimento na região nos últimos 30 dias? ☐ Sim ☐ Não

Usou ácido ou fez peeling na região nos últimos 30 dias? ☐ Sim ☐ Não

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

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

Tem conjuntivite, terçol, blefarite ou fez cirurgia nos olhos há menos de 6 meses? ☐ Sim ☐ Não

Tem ferida, espinha inflamada, pinta ou mancha na área? ☐ Sim ☐ Não

O quê?

Usa lentes de contato? ☐ Sim ☐ Não

Saúde geral

Tem alergia a pigmento, anestésico, pomada, metal (níquel) ou medicamento? ☐ 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 diabetes? ☐ Sim ☐ Não

Está controlado? Usa insulina?

Tem distúrbio de coagulação ou usa anticoagulante (como AAS ou varfarina)? ☐ Sim ☐ Não

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

Tem pressão alta ou problema no coração? ☐ Sim ☐ Não

Qual? Faz acompanhamento?

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

Qual? _____

Está em tratamento contra o câncer ou teve câncer nos últimos 5 anos? ☐ Sim ☐ Não

Qual tratamento? Tem liberação médica? _____

Tem epilepsia ou já teve convulsão? ☐ Sim ☐ Não

Consumiu bebida alcoólica ou outra substância nas últimas 24 horas? ☐ 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 micropigmentação: 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 a cor fica mais forte nos primeiros dias e clareia durante a cicatrização, que o resultado final aparece em cerca de 30 dias e que pode ser preciso um retoque.

Aprovei o desenho, a cor e o formato antes do início do procedimento.

☐ 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