Ficha de anamnese

Tatuagem · para imprimir e preencher à mão

Cliente

Nome completo

Data de nascimento

Telefone / WhatsApp

E-mail

Documento (CPF ou RG)

Sobre a tatuagem

Em que parte do corpo será a tatuagem?

Tem menos de 18 anos? ☐ Sim ☐ Não

Nome e documento do responsável presente:

É a sua primeira tatuagem? ☐ Sim ☐ Não

Já teve reação a tinta de tatuagem, henna ou pigmento? ☐ Sim ☐ Não

O que aconteceu?

Tem pinta, mancha, cicatriz, queimadura de sol ou tatuagem anterior no local? ☐ Sim ☐ Não

O quê?

Consumiu bebida alcoólica ou outra substância nas últimas 24 horas? ☐ Sim ☐ Não

Comeu alguma coisa nas últimas 4 horas? ☐ Sim ☐ Não

Costuma passar mal ou desmaiar ao ver agulha ou sangue? ☐ Sim ☐ Não

Saúde geral

Tem alergia a látex, pomada, anestésico, 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 epilepsia ou já teve convulsão? ☐ Sim ☐ Não

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

Qual? _____

Tem alguma condição ou usa remédio que baixe a imunidade ou atrase a cicatrização? ☐ Sim ☐ Não

Qual? _____

Usou isotretinoína oral (Roacutan) nos últimos 6 meses? ☐ 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 tatuagem: 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 tatuagem é permanente, que a remoção é difícil e pode deixar marca, e que aprovei o desenho, o tamanho, as cores e o local antes do início.

Recebi as orientações de cuidado para a cicatrização e sei que seguir essas orientações é minha responsabilidade.

☐ 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