Ficha de anamnese

Unhas e alongamento · para imprimir e preencher à mão

Cliente

Nome completo _____ Data de nascimento _____

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

Unhas e mãos

Qual serviço será feito?

☐ Manicure ou pedicure ☐ Esmaltação em gel ☐ Alongamento (gel, fibra ou acrílico) ☐ Manutenção ☐ Remoção

Já teve alergia a esmalte, gel, acrílico, cola ou primer? ☐ Sim ☐ Não

O que aconteceu? _____

Tem micose, unha descolada, mancha ou dor em alguma unha? ☐ Sim ☐ Não

Em qual unha? _____

Tem corte, ferida ou inflamação ao redor das unhas? ☐ Sim ☐ Não

Tem dermatite ou psoríase nas mãos ou nos pés? ☐ Sim ☐ Não

Rói as unhas ou as cutículas? ☐ Sim ☐ Não

Suas unhas quebram ou descamam com facilidade? ☐ Sim ☐ Não

Trabalha com as mãos em água ou produtos químicos com frequência? ☐ Sim ☐ Não

Já usou alongamento antes? ☐ Sim ☐ Não

Qual técnica e como foi a remoção? _____

Saúde geral

Tem diabetes? ☐ Sim ☐ Não

Está controlado? Usa insulina? _____

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

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

Tempo de gestação ou de amamentação: _____

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

A quê? _____

Usa algum medicamento de forma contínua? ☐ Sim ☐ Não

Quais? _____

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

Qual? _____

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

Qual tratamento? Tem liberação médica? _____

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 serviço de unhas: 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 alongamento precisa de manutenção periódica e de remoção feita por profissional, e que arrancar o material pode ferir a unha natural.

Vou avisar o(a) profissional se sentir ardor, coceira, dor ou notar descolamento depois do serviço.

☐ 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