



FICHA DE ANAMNESE

capilar

Nome: _____ Data Nasc.: ____/____/____

Ocupação: _____ Telefone: _____

É WhatsApp?

Endereço: _____

RG: _____ CPF: _____

Realizou algum procedimento capilar nos últimos 3 meses? SIM NÃO

Especifique: _____

Costuma realizar hidratação ou reconstrução capilar com frequência? SIM NÃO

Especifique: _____

Utiliza com frequência prancha, secador ou modelador de cachos? SIM NÃO

Gestante? SIM NÃO Possui algum tipo de alergia? SIM NÃO

Semanas: _____

Especifique: _____

Problemas identificados: Queda Seborréia/Caspa Dermatite Tricoptilose (pontas duplas)
 Tricotilomania (arrancar cabelos) Pediculose (piolho) Triconodose (nó) Tricorrexis nodosa (quebra)

Qual o tipo de tratamento ou procedimento que deseja realizar?

Especifique: _____

Declaro que as informações acima são verdadeiras, não cabendo ao profissional quaisquer responsabilidades por informações omitidas nessa avaliação.

Comprometo-me a seguir todos os cuidados necessários após o procedimento.

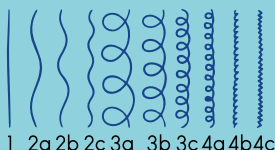
Autorizo registro fotográfico de trabalho realizado ("antes" e "depois") para efeitos de documentação e divulgação em books, redes sociais ou qualquer material publicitário. A presente autorização é concedida gratuitamente, sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos ou qualquer outro.

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Tipos de Cabelo:

- 1 Liso
- 2 Ondulado
- 3 Cacheado
- 4 Crespo

- A
- B
- C
- D



Cor Natural? SIM NÃO

Especifique: _____

Característica:

Normal Seco Oleoso Misto

Densidade: Alta Média Baixa

Textura: Fino Médio Grosso

Teste de mechas				Data:	Horário:
Mecha	Descolorante	Vol. Ox.	Tempo	Resultado	
1ª					
2ª					
3ª					

Procedimento realizado: _____

Profissional: _____ Data: ____/____/____