



Depilação

FICHA DE ANAMNESE

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

Ocupação: _____ Telefone: _____

Endereço: _____ É WhatsApp?

RG: _____ CPF: _____

Já fez depilação antes? SIM NÃO

Especifique: _____

Ocorreu alergia de algum tipo? SIM NÃO

Especifique: _____

Alergia a cosméticos? SIM NÃO

Especifique: _____

Está em tratamento médico? SIM NÃO

Especifique: _____

Problemas de pele? SIM NÃO

Especifique: _____

Realizou cirurgia recentemente? SIM NÃO

Especifique: _____

Diabetes? SIM NÃO

Tipo: _____

Controlada: SIM NÃO

Faz uso de medicamentos? SIM NÃO

Especifique: _____

Tem nódulos? SIM NÃO

Especifique: _____

Tumor ou lesão pré-cancerosa? SIM NÃO

Especifique: _____

Em tratamento dermatológico? SIM NÃO

Especifique: _____

Foliculite? SIM NÃO

Especifique: _____

Tipo de pele Oleosa Normal Seca

Outro: _____

Gestante? SIM NÃO

Semanas: _____

Vasos ou Varizes? SIM NÃO

Está amamentando? SIM NÃO

Distúrbio circulatório? SIM NÃO

Distúrbio hormonal? SIM NÃO

É epilética(o)? SIM NÃO

Tem hipotensão/hipertensão arterial? SIM NÃO

Algum outro problema que seja necessário nos informar? SIM NÃO

Especifique: _____

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

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Método(s) Utilizado(s):

Cera quente Cera fria Laser Luz pulsante Linha _____

Área(s):

Axilas Peito/abdomen Braço/antebraço Virilha Coxa e perna Nádegas Costas

Observações: _____

Profissional: _____

Data: ____/____/____