



Estética corporal

FICHA DE ANAMNESE

Nome: _____ Idade: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

RG: _____ É WhatsApp? ☐ CPF: _____

É fumante? ☐ SIM ☐ NÃO

Distúrbio circulatório? ☐ SIM ☐ NÃO

É epilética? ☐ SIM ☐ NÃO

Ciclo menstrual regular? ☐ SIM ☐ NÃO

Intestino regular? ☐ SIM ☐ NÃO

Diabetes? ☐ SIM ☐ NÃO

Tipo: _____ Controlada: ☐ SIM ☐ NÃO

Está em tratamento médico? ☐ SIM ☐ NÃO

Especifique: _____

Fez cirurgia recentemente? ☐ SIM ☐ NÃO

Especifique: _____

Problemas de pele? ☐ SIM ☐ NÃO

Especifique: _____

Prótese corporal/facial? ☐ SIM ☐ NÃO

Especifique: _____

Alterações cardíacas? ☐ SIM ☐ NÃO

Distúrbio hormonal? ☐ SIM ☐ NÃO

Hipo/Hipertensão arterial? ☐ SIM ☐ NÃO

Distúrbio renal? ☐ SIM ☐ NÃO

Varizes ou Lesões? ☐ SIM ☐ NÃO

Gestante? ☐ SIM ☐ NÃO

Semanas: _____

Alguma alergia? ☐ SIM ☐ NÃO

Especifique: _____

Tumor ou lesão pré-cancerosa? ☐ SIM ☐ NÃO

Especifique: _____

Problemas ortopédicos? ☐ SIM ☐ NÃO

Especifique: _____

Está utilizando ácidos? ☐ SIM ☐ NÃO

Especifique: _____

Algum outro problema que seja necessário nos informar antes do procedimento? ☐ SIM ☐ NÃO

Especifique: _____

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

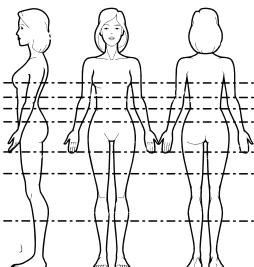
Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Altura: _____

Peso Inicial: _____

Peso Final: _____

Observações: _____



	Início	Fim
Busto	____/____/____	____/____/____
Braço esq.	____/____/____	____/____/____
Braço dir.	____/____/____	____/____/____
Abdomen	____/____/____	____/____/____
Cintura	____/____/____	____/____/____
Quadril	____/____/____	____/____/____
Culote	____/____/____	____/____/____
Coxa esq.	____/____/____	____/____/____
Coxa dir.	____/____/____	____/____/____
Panturrilha esq.	____/____/____	____/____/____
Panturrilha dir.	____/____/____	____/____/____