



Estética facial

FICHA DE ANAMNESE

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

Ocupação: _____ Telefone: _____

Endereço: _____ É WhatsApp? ☐

RG: _____ CPF: _____

Utiliza lentes de contato? ☐ SIM ☐ NÃO

Tem epilepsia/convulsões? ☐ SIM ☐ NÃO

Intestino regular? ☐ SIM ☐ NÃO

Tratamento facial anterior? ☐ SIM ☐ NÃO

Especifique: _____

Ingere água com frequência? ☐ SIM ☐ NÃO

Especifique: _____

Ingere bebida alcoólica? ☐ SIM ☐ NÃO

Especifique: _____

Exposição ao sol? ☐ SIM ☐ NÃO

Frequência: _____ Filtro solar? ☐ SIM ☐ NÃO

Está no período menstrual? ☐ SIM ☐ NÃO

Data da menstruação: _____

Boa qualidade de sono? ☐ SIM ☐ NÃO

Horas por noite: _____

Tem prótese corporal/facial? ☐ SIM ☐ NÃO

Especifique: _____

Tabagismo? ☐ SIM ☐ NÃO

Alterações cardíacas? ☐ SIM ☐ NÃO

Portador de marcapasso? ☐ SIM ☐ NÃO

Gestante? ☐ SIM ☐ NÃO

Semanas: _____

Cremes ou loções facial? ☐ SIM ☐ NÃO

Especifique: _____

Pratica atividade física? ☐ SIM ☐ NÃO

Especifique: _____

Utiliza anticoncepcional? ☐ SIM ☐ NÃO

Especifique: _____

Possui algum tipo de alergia? ☐ SIM ☐ NÃO

Especifique: _____

Possui uma boa alimentação? ☐ SIM ☐ NÃO

Especifique: _____

Problemas de pele? ☐ SIM ☐ NÃO

Especifique: _____

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

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Oleosidade: ☐ Alípica ☐ Lipídica ☐ Normal ☐ Seborréia Acne grau: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

Espessura: ☐ Espessa ☐ Fina ☐ Muito fina ☐ _____ Hidratação: ☐ Desidratada ☐ Normal

Fototipo: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI Outros: _____

☐ Papiloma	☐ Quelóide	☐ Millium	☐ Folliculite	☐ Hipertrícase	☐ Nódulos
☐ Efélides	☐ Tumor	☐ Comedão	☐ Queratose	☐ Ptose	☐ Víbices
☐ Bolhas	☐ Nevo vascular	☐ Pápula	☐ Cicatriz	☐ Rugas	☐ Telangiectasia
☐ Abscessos	☐ Nevo melanocito	☐ Pústula	☐ Atrofia	☐ Acromia	☐ Hipocromia
☐ Hirsutismo	☐ Verruga Plana	☐ Cistos	☐ Xantelasma	☐ Hiperchromia	☐

Plano de tratamento: _____

