

Tatuagem & Piercing

FICHA DE ANAMNESE

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

Ocupação: _____ Telefone: _____

É WhatsApp?

Endereço: _____

RG: _____ CPF: _____

Está em tratamento médico? SIM NÃO

Especifique: _____

Fez cirurgia recentemente? SIM NÃO

Especifique: _____

Alguma alergia? SIM NÃO

Especifique: _____

Gestante? SIM NÃO

Amamentando? SIM NÃO

Portador de marcapasso? SIM NÃO

Distúrbio circulatório? SIM NÃO

Algum tipo de Câncer? SIM NÃO

Fez/faz uso de drogas? SIM NÃO

Alimentou-se nas últimas 24h? SIM NÃO

Histórico de quelóide? SIM NÃO

Algum outro problema que seja necessário nos informar?

Especifique: _____

Diabetes? SIM NÃO

Tipo: _____

Controlada: SIM NÃO

Histórico de convulsões? SIM NÃO

Especifique: _____

Doenças infectocontagiosas? SIM NÃO

Especifique: _____

Vitiligo? SIM NÃO

Tem hipo/hipertensão arterial? SIM NÃO

Anemia? SIM NÃO

Cardiopatía? SIM NÃO

Hemofilia? SIM NÃO

Problema de pele/cicatrização? SIM NÃO

Hepatite? SIM NÃO

Dormiu na última noite? SIM NÃO

SIM NÃO

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.

Em caso de tatuagem, estou ciente de que o processo tem caráter permanente, não sendo garantido a total remoção, mesmo com recurso à recente tecnologia de remoção de tatuagens.

Tenho conhecimento que o trabalho será realizado em condições de segurança e higiene recorrendo a instrumentos esterilizados e/ou descartáveis.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Descrição da Tatuagem / Piercing

Local: _____

Observações: _____

Profissional: _____ Data: ____/____/____