



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 Hipertrícoso 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 Hipercromia

Plano de tratamento: _____

