



FICHA DE ANAMNESE

capilar

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

Ocupação: _____ Telefone: _____

É WhatsApp? ☐

Endereço: _____

RG: _____ CPF: _____

Realizou algum procedimento capilar nos últimos 3 meses? ☐ SIM ☐ NÃO

Especifique: _____

Costuma realizar hidratação ou reconstrução capilar com frequência? ☐ SIM ☐ NÃO

Especifique: _____

Utiliza com frequência prancha, secador ou modelador de cachos? ☐ SIM ☐ NÃO

Gestante? ☐ SIM ☐ NÃO

Possui algum tipo de alergia? ☐ SIM ☐ NÃO

Semanas: _____

Especifique: _____

Problemas identificados: ☐ Queda ☐ Seborréia/Caspa ☐ Dermatite ☐ Tricóptilose (pontas duplas)

☐ Tricotilomania (arrancar cabelos) ☐ Pediculose (piolho) ☐ Triconodose (nó) ☐ Tricorrexis nodosa (quebra)

Qual o tipo de tratamento ou procedimento que deseja realizar?

Especifique: _____

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

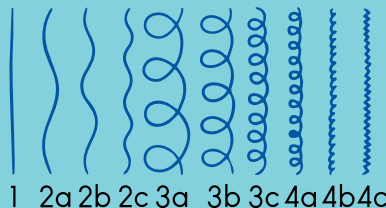
Comprometo-me a seguir todos os cuidados necessários após o procedimento.

Autorizo registro fotográfico de trabalho realizado ("antes" e "depois") para efeitos de documentação e divulgação em books, redes sociais ou qualquer material publicitário. A presente autorização é concedida gratuitamente, sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos ou qualquer outro.

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Tipos de Cabelo:

- 1 ☐ Liso A ☐
2 ☐ Ondulado B ☐
3 ☐ Cacheado C ☐
4 ☐ Crespo D ☐



Cor Natural? ☐ SIM ☐ NÃO

Especifique: _____

Característica:

Normal ☐ Seco ☐ Oleoso ☐ Misto

Densidade: ☐ Alta ☐ Média ☐ Baixa

Textura: ☐ Fino ☐ Médio ☐ Grosso

Teste de mechas				Data:	Horário:
Mecha	Descolorante	Vol. Ox.	Tempo	Resultado	
1ª					
2ª					
3ª					

Procedimento realizado: _____

Profissional: _____ Data: ____/____/____