

Estética corporal

FICHA DE ANAMNESE



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

Ocupação: _____ Telefone: _____

É WhatsApp?

Endereço: _____

RG: _____ 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

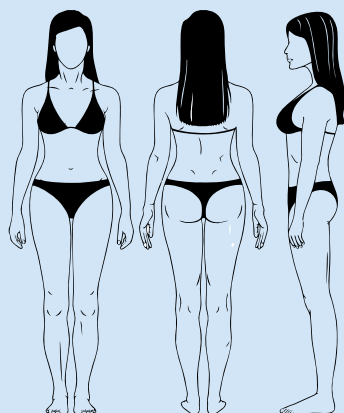
Especifique: _____

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.		