



# Estética corporal

## FICHA DE ANAMNESE

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ É WhatsApp?  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.

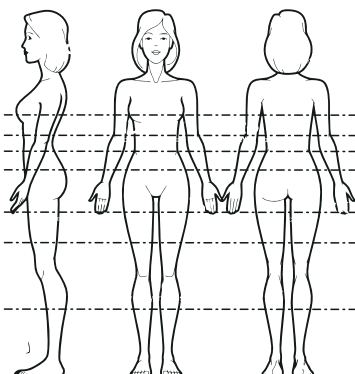
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

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.		