



# Estética Facial

## FICHA DE ANAMNESE



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

Endereço: \_\_\_\_\_

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

RG: \_\_\_\_\_ É WhatsApp?  CPF: \_\_\_\_\_

Tabagismo?  SIM  NÃO

Alterações cardíacas?  SIM  NÃO

Portador de marca passo?  SIM  NÃO

Gestante?  SIM  NÃO

Semanas: \_\_\_\_\_

Cremes ou loção facila?  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: \_\_\_\_\_

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

Especifique: \_\_\_\_\_

Boa qualidade de sono?  SIM  NÃO

Especifique: \_\_\_\_\_

Tem prótese corporal/facial?  SIM  NÃO

Especifique: \_\_\_\_\_

*Declaro ter sido informado(a) claramente sobre todos os procesimentos e estar ciente de todos os benefícios, riscos, indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais e advertências gerais. Assim como comprometo-me a seguir as orientações da esteticista. Declaro que as informações acima são verdadeiras, não cabendo a esteticista a responsabilidade por quaisquer informações omitidas.*

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  Foliculite  Hipertricose  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  Hiperchromia  \_\_\_\_\_