

Micropigmentação

FICHA DE ANAMNESE



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

Ocupação: _____ Telefone: _____

É WhatsApp?

Endereço: _____

RG: _____ CPF: _____

Está em tratamento médico? SIM NÃO

Especifique:

Fez cirurgia recentemente? SIM NÃO

Especifique:

Alguma alergia? SIM NÃO

Especifique:

Gestante? SIM NÃO

Semanas:

Possui herpes labial? SIM NÃO

Algum tipo de câncer? SIM NÃO

Distúrbio circulatório? SIM NÃO

Amamentando? SIM NÃO

Hemofilia? SIM NÃO

Depressão? SIM NÃO

Quelóide? SIM NÃO

Diabetes? SIM NÃO

Tipo: _____ Controlada: SIM NÃO

Marcas de expressão/face? SIM NÃO

Especifique:

Está utilizando ácidos? SIM NÃO

Especifique:

Possui prótese facial? SIM NÃO

Tem hipo/hipertensão arterial? SIM NÃO

Anemia? SIM NÃO

Cardiopatía? SIM NÃO

Glaucoma? SIM NÃO

Portador de marcapasso? SIM NÃO

Hepatite? SIM NÃO

Período menstrual? SIM NÃO

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.

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

Autorizado registro fotográfico do 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: _____

Cor da pele: _____ Cor dos olhos: _____ Cor do cabelo: _____ Cor dos pelos: _____

Procedimento proposto: _____

Sessão	Técnica aplicada	Cor aplicada	Agulha utilizada	Sensibilidade
1ª / /				
2ª / /				
3ª / /				

Observações:
