

# Tatuagem & Piercing

## FICHA DE ANAMNESE

Nome: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

É WhatsApp?

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Está em tratamento médico?  SIM  NÃO

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

Fez cirurgia recentemente?  SIM  NÃO

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

Alguma alergia?  SIM  NÃO

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

Gestante?  SIM  NÃO

Amamentando?  SIM  NÃO

Portador de marcapasso?  SIM  NÃO

Distúrbio circulatório?  SIM  NÃO

Algum tipo de Câncer?  SIM  NÃO

Fez/faz uso de drogas?  SIM  NÃO

Alimentou-se nas últimas 24h?  SIM  NÃO

Histórico de quelóide?  SIM  NÃO

Algum outro problema que seja necessário nos informar?  SIM  NÃO

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

Diabetes?  SIM  NÃO

Tipo: \_\_\_\_\_ Controlada:  SIM  NÃO

Histórico de convulsões?  SIM  NÃO

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

Doenças infectocontagiosas?  SIM  NÃO

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

Vitiligo?  SIM  NÃO

Tem hipo/hipertensão arterial?  SIM  NÃO

Anemia?  SIM  NÃO

Cardiopatia?  SIM  NÃO

Hemofilia?  SIM  NÃO

Problema de pele/cicatrização?  SIM  NÃO

Hepatite?  SIM  NÃO

Dormiu na última noite?  SIM  NÃO

*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.*

*Em caso de tatuagem, estou ciente de que o processo tem carácter permanente, não sendo garantido a total remoção, mesmo com recurso à recente tecnologia de remoção de tatuagens.*

*Tenho conhecimento que o trabalho será realizado em condições de segurança e higiene recorrendo a instrumentos esterilizados e/ou descartáveis.*

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

## Descrição da Tatuagem / Piercing

Local: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

Profissional: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_