

FICHA DE ANAMNESE – CAMUFLAGEM DE PELE

Cliente: _____

Data: _____

Profissional Responsável: _____

DADOS PESSOAIS (cliente)

Nome completo: _____

Data de nascimento: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Endereço: _____

OBJETIVO DO TRATAMENTO

Área a ser tratada: _____

Tipo de imperfeição:

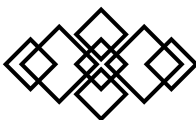
☐ Estrias

☐ Cicatriz

☐ Olheiras

☐ Vitiligo

☐ Outras: _____



Já realizou outros tratamentos nessa área? () Sim () Não

Se sim, qual? _____

HISTÓRICO MÉDICO

1. Possui alergias? () Sim () Não

Se sim, quais? _____

2. Está grávida ou amamentando? () Sim () Não

3. Faz uso de medicamentos? () Sim () Não

Quais? _____

4. Possui alguma doença de pele? () Sim () Não

Se sim, qual? _____

5. Tem ou já teve problemas de cicatrização? () Sim () Não

6. É fumante? () Sim () Não

7. Possui doenças crônicas (diabetes, hipertensão, etc.)? () Sim () Não

Há quanto tempo possui essa condição? _____

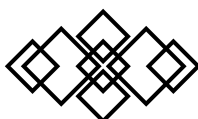
Já realizou outros tratamentos nessa área? () Sim () Não

Se sim, qual? _____

HISTÓRICO MÉDICO

1. Possui alergias? () Sim () Não

Se sim, quais? _____



2. Está grávida ou amamentando? () Sim () Não

3. Faz uso de medicamentos? () Sim () Não

Quais? _____

4. Possui alguma doença de pele? () Sim () Não

Se sim, qual? _____

5. Tem ou já teve problemas de cicatrização? () Sim () Não

6. É fumante? () Sim () Não

7. Possui doenças crônicas (diabetes, hipertensão, etc.)? () Sim () Não

Se sim, qual? _____

HÁBITOS E CUIDADOS COM A PELE

Usa protetor solar diariamente? () Sim () Não

Realiza algum cuidado específico com a pele?

() Esfoliação

() Hidratação

() Outros: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, declaro que as informações fornecidas são verdadeiras e autorizo a realização do procedimento de camuflagem de pele, ciente de que os resultados podem variar e que o profissional responsável utilizou os métodos adequados para explicar todas as etapas do tratamento.

Assinatura do Cliente: _____

Assinatura do Profissional: _____