**FICHA ANAMNESE CAPILAR**

Nome: Nasc.:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade:

CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| 1.Queixa principal |  |
| 2.Há quanto tempo o problema existe? |  |
| 3.O problema está | ( ) estável ( ) aumentando ( ) diminuindo |
| 4. Cabelo ficou | ( ) mais fino ( ) mais crespo ( ) mudou cor ( ) quebradiço |
| 5. Couro cabeludo | ( ) dor ( ) coceira ( ) ardor ( ) inflamação ( ) crostas ( ) feridas  ( ) caspa ( ) oleosidade ( ) odor ( ) descamação |
| 6. Histórico pessoal | -Tratamento anterior? Oque usou?  -Doenças –  -Problema hormonal -  -Cardíaco  -Toma medicação -  -Vitamina D -  -Histórico de anemia -  -Teve Covid –  Método contraceptivo - |
| 7. Meses antecedentes | ( ) fez dieta ( ) emagreceu ( ) engordou ( ) crise emocional |
| 8. Alergias |  |
| 9.Gravidez piorou o problema |  |
| 10. Alteração menstrual |  |
| 11. Casos na família |  |
| 12.Faz química / secador/ chapinha |  |
| 13. Usa | ( ) boné ( ) capacete ( ) cabelo preso |
| 14. Lava cabelos (frequência) |  |
| 15. Exame físico macroscópico | Couro cabeludo ( ) oleoso ( ) descamação ( ) inflamação ( ) caspa  Presença de ( ) falhas ( ) entradas ( ) retrações  Lesões ou áreas de alopecia: |
| 16. TRICOSCOPIA |  |
| 17.TRATAMENTO PROPOSTO |  |

**TERMO DE CONSENTIMENTO**

Pelo presente termo, eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro estar informado e autorizo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a realizar tratamento de MICROAGULHAMENTO CAPILAR, no meu couro cabeludo, com o intuito de produzir crescimento dos mesmos.

Estou ciente de que o número de sessões e os resultados são variáveis e dependem de questões individualizadas, do metabolismo de cada paciente.

O procedimento e as possíveis complicações, tais como, alergia, sensibilidade, coceira, descamação, entre outras, podem acontecer e foram devidamente esclarecidas pela profissional.

Compreendo que a prática da estética não é uma ciência exata e que não garante resultados, desta forma, entendo as limitações deste procedimento.

AUTORIZO a captação e utilização de imagens da minha pessoa (fotos/vídeos, etc) pela profissional, nos termos da Lei nº 13.709/2018 (LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados), com a finalidade de divulgação das técnicas e procedimentos utilizados pela profissional, nos termos do artigo 7º, inciso I, da referida norma, sem a necessidade de qualquer outra autorização e/ou avisos prévios para utilização da imagem/voz nos referidas matérias/conteúdos ( ) sim ( ) não

Data:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do paciente

**TRATAMENTO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATA** | **PROTOCOLO UTILIZADO** | **RESULTADO OBSERVADO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Valor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_