

ANAMNESE CORPORAL

Nome:	Idade:	Sexo: ()Feminino ()Masculino
Cidade:	CEP:	
Endereço:	Profissão:	
Estado civil:	Telefone: ()	
Email:	CPF:	

Hábitos Diários

Exposição solar: ()Sim ()Não Frequência: _____
Tabagismo?: ()Sim ()Não Frequência: _____
Ingere bebida alcoólica?: ()Sim ()Não Frequência: _____
Pratica atividade física?: ()Sim ()Não Frequência: _____
Ingestão de água no dia: () praticamente nada () -1 litro () 1 litro () 2 litros () +2 litros
Qualidade do sono: ()Boa ()Regular ()Péssima Quantas horas/dia: ()-6H ()7H ()8H ()+9H
Alimentação:()Boa ()Regular ()Péssima Funcionamento intestinal: ()Irregular ()Regular
Ciclo menstrual: ()Irregular ()Regular ()Ininterrupto ()Menopausa
Tem filhos?: ()Sim ()Não
Uso de medicamento contínuo?: ()Sim ()Não Se sim, qual(is)? _____

Histórico clínico:

Possui alguma alergia?: ()Sim ()Não se sim, qual(is)? _____
É gestante? ()Sim ()Não
Portador de:
Intolerância à lactose?: ()Sim ()Não
Diabetes: ()Sim ()Não Tipo: _____
Doença cardiorrespiratória: ()Sim ()Não
Trombose: ()Sim ()Não
Hipertireoidismo: ()Sim ()Não
Hipotireoidismo: ()Sim ()Não
Trombose: ()Sim ()Não
Insuficiência Renal: ()Sim ()Não
Colesterol: ()Sim ()Não
Triglicerídeos: ()Sim ()Não
Epilepsia-convulsões: ()Sim ()Não
histórico oncológico: ()Sim ()Não
Hipertensão arterial: ()Sim ()Não
Hipotensão arterial: ()Sim ()Não
Portador de marcapasso?: ()Sim ()Não

Histórico Familiar:

Colesterol alto? ()Sim ()Não se sim, quem? _____
Hipo/Hipertensão arterial? ()Sim ()Não se sim, quem? _____
Doenças cardiovasculares? ()Sim ()Não se sim, quem? _____
Históricos oncológicos? ()Sim ()Não se sim, quem? _____
Diabetes? ()Sim ()Não se sim, quem? _____
Doença cardiorrespiratória? ()Sim ()Não se sim, quem? _____
Obesidade? ()Sim ()Não se sim, quem? _____

Cuidados:

Utiliza filtro solar?: ()Sim ()Não Qual?: _____ Frequência: _____
Utiliza algum cosmético corporal?: ()Sim ()Não Se sim, qual(is)? _____
Já fez algum tratamento corporal?: ()Sim ()Não Se sim, qual(is)? _____

Queixa:

Qual a sua principal queixa?: _____
A quanto tempo isso acontece?: _____
Existe algo que agrave sua queixa?: _____
Existe algum histórico familiar da sua queixa?: ()Sim ()Não

Você já tratou a sua queixa anteriormente?: ()Sim ()Não

Se sim, a quanto tempo? _____

E qual foi o tratamento? _____

O tratamento foi eficiente?: ()Sim ()Não

Avaliação:

Fototipo da pele: ()I ()II ()III ()IV ()V ()VI

Celulite: () Apresenta () Não apresenta Se apresenta: ()Grau I ()Grau II ()Grau III ()Grau IV

Em qual região a celulite te incomoda? _____

Estrias: ()Rubras ()Albas () Não apresenta

Em qual região as estrias te incomodam? _____

Flacidez: () Apresenta () Não apresenta

Em qual região a flacidez te incomoda? _____

Gordura localizada: () Apresenta () Não apresenta

Em qual região a gordura localizada te incomoda? _____

Medidas em cm

Braço direito: _____

Braço esquerdo: _____

Coxa direita: _____

Coxa esquerda: _____

Linha do umbigo: _____

Abdomem 5cm acima: _____

Abdômen 10cm acima: _____

Abdômen 5cm abaixo: _____

Quadril: _____

Dobra cutânea

Cintura: _____

Abdômen: _____

Coxa direita: _____

Coxa esquerda: _____

Braço direito: _____

Braço esquerdo: _____

Flancos: _____

Subescapular: _____

Tríceps: _____

Eu, declaro que todas as informações fornecidas são verdadeiras e autorizo o tratamento estético proposto pelo profissional.

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

data	procedimento	área tratada	produtos/equipamentos utilizados	tempo de sessão	Assinatura

Assinatura paciente

Assinatura profissional

ANAMNESE FACIAL

Nome:	Idade:	Sexo: ()Feminino ()Masculino
Cidade:	CEP:	
Endereço:	Profissão:	
Estado civil:	Telefone: ()	
Email:	CPF:	

Hábitos Diários

Exposição solar: ()Sim ()Não Frequência: _____
Tabagismo?: ()Sim ()Não Frequência: _____
Ingere bebida alcoólica?: ()Sim ()Não Frequência: _____
Pratica atividade física?: ()Sim ()Não Frequência: _____
Ingestão de água no dia: () praticamente nada () -1 litro () 1 litro () 2 litros () +2 litros
Qualidade do sono: ()Boa ()Regular ()Péssima Quantas horas/dia: ()-6H ()7H ()8H ()+9H
Alimentação:()Boa ()Regular ()Péssima Funcionamento intestinal: ()Irregular ()Regular
Ciclo menstrual: ()Irregular ()Regular ()Ininterrupto ()Menopausa
Tem filhos?: ()Sim ()Não
Uso de medicamento contínuo?: ()Sim ()Não Se sim, qual(is)? _____

Histórico clínico:

Possui alguma alergia?: ()Sim ()Não se sim, qual(is)? _____
É gestante? ()Sim ()Não
Portador de:
Intolerância à lactose?: ()Sim ()Não
Diabetes: ()Sim ()Não Tipo: _____
Doença cardiorrespiratória: ()Sim ()Não
Trombose: ()Sim ()Não
Hipertireoidismo: ()Sim ()Não
Hipotireoidismo: ()Sim ()Não
Trombose: ()Sim ()Não
Insuficiência Renal: ()Sim ()Não
Colesterol: ()Sim ()Não
Triglicerídeos: ()Sim ()Não
Epilepsia-convulsões: ()Sim ()Não
histórico oncológico: ()Sim ()Não
Hipertensão arterial: ()Sim ()Não
Hipotensão arterial: ()Sim ()Não
Portador de marcapasso?: ()Sim ()Não
Já teve alguma doença de pele?: ()Sim ()Não se sim, qual? _____
Já fez alguma cirurgia?: ()Sim ()Não se sim, aonde? _____

Histórico Familiar:

Colesterol alto? ()Sim ()Não se sim, quem? _____
Hipo/Hipertensão arterial? ()Sim ()Não se sim, quem? _____
Doenças cardiovasculares? ()Sim ()Não se sim, quem? _____
Históricos oncológicos? ()Sim ()Não se sim, quem? _____
Diabetes? ()Sim ()Não se sim, quem? _____
Doença cardiorrespiratória? ()Sim ()Não se sim, quem? _____
Obesidade? ()Sim ()Não se sim, quem? _____
Doença de pele? ()Sim ()Não se sim, quem? _____

Cuidados:

Utiliza filtro solar?: ()Sim ()Não Qual?: _____ Frequência: _____
Utiliza algum cosmético Facial?: ()Sim ()Não
Se sim, qual(is)? _____
Já fez algum tratamento facial?: ()Sim ()Não
Se sim, qual(is)? _____
Utiliza maquiagem?: ()Todo dia ()Raramente ()Não utiliza

Como você higieniza seu rosto?: _____ () Não higieniza

Queixa:

Qual a sua principal queixa?: _____

A quanto tempo isso acontece?: _____

Existe algo que agrave sua queixa?: _____

Existe algum histórico familiar da sua queixa?: () Sim () Não

Você já tratou a sua queixa anteriormente?: () Sim () Não

Se sim, a quanto tempo? _____

E qual foi o tratamento? _____

O tratamento foi eficiente?: () Sim () Não

Avaliação:

Biotipo da pele: () Alípida () Lipídica () Mista () Sensível () Normal

Fototipo da pele: () I () II () III () IV () V () VI

Apresenta acne: () Sim () Não Grau: () I () II () III () IV

Classificação de Glogau: () Tipo I - sem rugas () Tipo II - rugas em movimento

() Tipo III - rugas em repouso () Tipo IV - somente rugas

Apresenta Rosácea?: () Sim () Não

Apresenta manchas de pele?: () Não apresenta () Melasma () Efélides () Melanose () Vitiligo

() Manchas de acne () Hiperpigmentação

Apresenta flacidez? () Sim () Não

Apresenta poros dilatados? () Sim () Não

Apresenta Olheiras? () Sim () Não

Lâmpada de wood:

Outras alterações: _____

Eu, declaro que todas as informações fornecidas são verdadeiras e autorizo o tratamento estético proposto pelo profissional.

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

data	procedimento	área tratada	produtos/equipamentos utilizados	tempo de sessão	Assinatura

Assinatura paciente

Assinatura profissional

