

FICHA DE ANAMNESE

Nome:

Data Nasc.:

Ocupação:

Celular:

Endereço:

Está em tratamento médico?

☐ SIM ☐

PC:

Especifique:

Especifique:

☐ Alguma cirurgia recente?

☐ NÃO ☐

Especifique:

☐ Possui alguma alergia?

☐ NÃO ☐

Especifique:

☐ Problemas cardíacos?

☐ NÃO ☐

☐ Algum tipo de câncer?

☐ Tem hipotensão?

☐ SIM ☐

☐ Fez/faz uso de drogas?

☐ Já teve quadro de anemia?

☐ SIM ☐

☐ Problema de cicatrização?

☐ Hemo? ☐

☐ SIM ☐

Algum outro problema que seja necessário nos informar?

☐ Tem algum tipo de hepatite?

☐ SIM ☐

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. 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 Atual:

Assinatura:

