

## FICHA DE AVALIAÇÃO LASER GALAXY FIBER

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ nº: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Fototipo: \_\_\_\_\_

Pelo: ( ) claro ( ) Escuro ( ) grosso ( ) médio ( ) fino

( ) Já fez laser antes? Quantas sessões já fez? \_\_\_\_\_

( ) Toma algum Medicamento contínuo? Qual? \_\_\_\_\_

( ) Usa algum tipo de ácido na área a ser tratada? Qual? \_\_\_\_\_

( ) Tem alergia de medicamento ou alimento? Qual? \_\_\_\_\_

( ) Tem doença de pele? Doença autoimune? \_\_\_\_\_

( ) Faz uso de suplementação? Polivitáminico? Bcaa? Whay? Anabolizante? \_\_\_\_\_

( ) Apresenta Disfunção Hormonal? Qual? \_\_\_\_\_

( ) Faz Reposição Hormonal? Qual? \_\_\_\_\_

( ) faz uso de medicamento para crescimento para cabelo e unha? Qual? \_\_\_\_\_

( ) Está Gestante ? ( ) Está amamentando ? ( ) Faz uso de Protetor Solar

( ) Está usando medicamento fotossensibilizante ? \_\_\_\_\_

OBS: \_\_\_\_\_

### Termo de consentimento:

Eu, \_\_\_\_\_, acima Identificado (a) e afirmado (a), declaro ter sido informado(a) claramente e ciente sobre todos os benefícios, os risco, as indicações, contraindicações, principais efeitos colaterais e advertências gerais, relacionados ao tratamento de depilação a laser. Os termos técnicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas por \_\_\_\_\_. Comprometo a seguir todas as orientações. Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os risco, como ( queimadura, alergias, hiperpigmentação e hipopigmentação), ou não efetividade em pelos brancos, ou muito claros e finos. Assim faço o tratamento por livre e espontânea vontade.

RG/CPF Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo do paciente: \_\_\_\_\_, Idade \_\_\_\_\_,

Responsável legal: \_\_\_\_\_.

**Plano de tratamento:**

**Áreas de tratamentos:** \_\_\_\_\_

Número de sessões Recomendadas: \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_

1° Sessão: Data: \_\_\_\_\_ Protocolo: \_\_\_\_\_ Ass: \_\_\_\_\_

2° Sessão: Data: \_\_\_\_\_ Protocolo: \_\_\_\_\_ Ass: \_\_\_\_\_

3° Sessão: Data: \_\_\_\_\_ Protocolo: \_\_\_\_\_ Ass: \_\_\_\_\_

Reavaliação: \_\_\_\_\_

4° Sessão: Data: \_\_\_\_\_ Protocolo: \_\_\_\_\_ Ass: \_\_\_\_\_

5° Sessão: Data: \_\_\_\_\_ Protocolo: \_\_\_\_\_ Ass: \_\_\_\_\_

6° Sessão: Data: \_\_\_\_\_ Protocolo: \_\_\_\_\_ Ass: \_\_\_\_\_

Reavaliação: \_\_\_\_\_

7° Sessão: Data: \_\_\_\_\_ Protocolo: \_\_\_\_\_ Ass: \_\_\_\_\_

8° Sessão: Data: \_\_\_\_\_ Protocolo: \_\_\_\_\_ Ass: \_\_\_\_\_

9° Sessão: Data: \_\_\_\_\_ Protocolo: \_\_\_\_\_ Ass: \_\_\_\_\_

Reavaliação: \_\_\_\_\_

10° Sessão: Data: \_\_\_\_\_ Protocolo: \_\_\_\_\_ Ass: \_\_\_\_\_

11° Sessão: Data: \_\_\_\_\_ Protocolo: \_\_\_\_\_ Ass: \_\_\_\_\_

12° Sessão: Data: \_\_\_\_\_ Protocolo: \_\_\_\_\_ Ass: \_\_\_\_\_

---