

<id\_agendamento>  
19/09/2024

**Nome:** Fulano da silva  
**Sexo:** masculino  
**Idade:**

## ANAMNESE PREENCHIMENTO

### Grupo 01 - Preenchimento

01.01 - Já utilizou alguma vez preenchimento na face?

não

01.02 - Qual foi a substância e/ou marca comercial?

01.03 - A substância era:

01.04 - Quando foi a última aplicação

01.07 - Tem alguma cicatriz hipertrófica ou quelóide?

não

01.08 - Tem alguma doença que interfira na coagulação?

não

01.09 - Sangra muito quando se fere?

não

01.10 - Já teve alguma hemorragia?

não

01.11 - Tem alguma das doenças abaixo

não

01.12 - Já teve reação alérgica a algum medicamento ou substância?

não

01.13 - Você está fazendo o uso de alguma medicação?

não

---