

123456789

20/09/2024

**Nome:** Fulano da silva

**Sexo:** feminino

**Idade:** 40

## ANAMNESE MICROAGULHAMENTO

### Grupo 01 - Microagulhamento

01.01 - Fez algum tratamento estético anterior?

não

01.02 - Já fez Toxina Botulínica ou Preenchimento Facial?

não

01.03 - Faz uso de alguma medicação?

não

01.04 - Está em tratamento médico?

não

01.05 - Pratica esportes?

não

01.06 - Alérgico a alguma substância?

não

01.07 - É fumante?

não

01.08 - Usa ou já usou algum tipo de ácido (peeling) na pele?

não

01.09 - Está grávida?

01.10 - Tem problema cardíaco?

não

**01.11 - Tem história de câncer na família?**

não

**01.12 - Costuma tomar sol sem protetor solar?**

não

**01.13 - Possui alguma doença autoimune?**

não

**01.14 - Apresenta dificuldade de cicatrização?**

não

**01.15 - Possui algum quelóide?**

não

**01.16 - Tem facilidade em formar hematomas (manchas arroxeadas)?**

não

**01.17 - Apresenta alguma doença infectocontagiosa (Herpes simples, Herpes Zoster, Hepatites, HIV)?**

não

**01.18 - Possui alguma disfunção hormonal?**

**01.19 - Tem problemas de coagulação sanguínea?**

não

**01.20 - Faz uso de anticoagulantes?**

não

**01.21 - Tem ou teve Câncer de pele?**

não

**01.22 - Tem alguma lesão ou doença de pele ativa na região que será tratada (face)?**

não

01.23 - Tem ou já teve Acne?

não

01.24 - Fez ou faz uso de Isotretinoína (Roacutan®) nos seis meses anteriores a essa data?

não

01.25 - Tem ou já teve verrugas?

não

---

André Alcântara Pontes Sodré