

# Ficha de Avaliação Facial

## DADOS PESSOAIS

Nome:			
Estado civil:		Nacionalidade:	
Endereço completo:			
Telefone:		WhatsApp:	
Email:			
Data de nascimento: ____/____/____		Idade:                      Profissão:	
Motivo da visita:    Acne <input type="checkbox"/> Manchas <input type="checkbox"/> Linhas de expressão <input type="checkbox"/> Outros:			

## HISTÓRICO

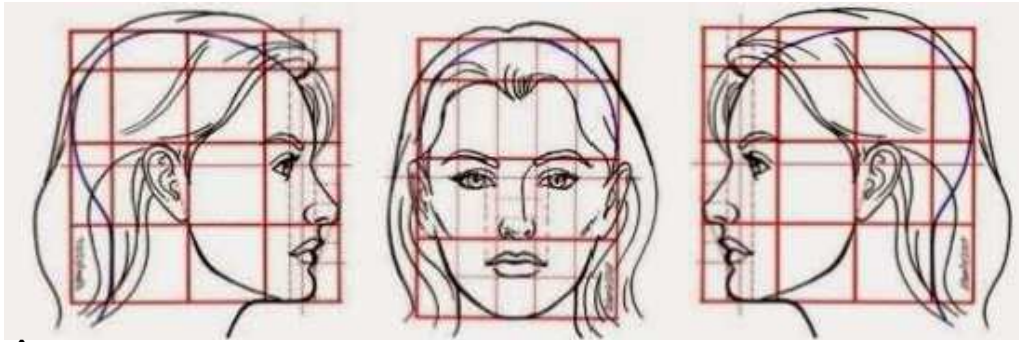
Já fez algum tratamento estético ou dermatológico?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual?
Problema de cicatrização ou Quelóide?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Comente:
Faz uso de algum medicamento?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual?
Usou Isotretinoína (Roacutan) nos últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Tratamento médico ou problema de saúde?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual?
Apresenta trombose ou tromboflebite?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Local?
Já fez alguma cirurgia?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual?
Antecedentes oncológicos?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Doença infectocontagiosa?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual?
Pratica algum esporte?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual?
Alimentação balanceada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Ingere no mínimo 2 litros de água por dia?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Quantos litros?
Faz uso de bebida alcoólica?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Frequência?
Faz uso de substâncias químicas ou entorpecentes?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual?
Distúrbio hormonal	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual?
Fuma <input type="checkbox"/> ou Fumou <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	Quanto tempo?
Dorme bem?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Horas de sono:
Funcionamento intestinal regular?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Hipertensão <input type="checkbox"/> ou Hipotensão <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> compensada    ou <input type="checkbox"/> descompensada?
Diabetes?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> compensada    ou <input type="checkbox"/> descompensada?
Tem problemas cardíacos?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual?
Depressão?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Faz tratamento? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Portador de Epilepsia?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Possui placas e pinos metálicos na face?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Onde?
Próteses dentárias?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Faz uso de lentes de contato?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Já fez ou faz uso de ácidos na pele?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual?
Faz uso de cosméticos?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Quais?
Faz uso de protetor solar?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual?                      Frequência?
Costuma tomar sol?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Frequência?
Fez maquiagem definitiva?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Local?
Fez aplicação de Metacril ou Toxina Botulínica?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Local?
Alergias? (alimentar, cheiro, respiratória, corantes, medicamentos, etc)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Especificar:
Gestante?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Quantos meses?
Filhos?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Quantos?
Ciclo menstrual regular?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Obs.:
Já teve herpes?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	A quanto tempo?
Faz uso de anticoncepcional?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual?
Faz uso de hormônio?*	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual?
Autoriza divulgação de foto antes/após tratamento?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

\*Uso de Estrogênio – não pode usar eletrolifting.

**RESPONSABILIZO-ME PELA VERACIDADE DE TODAS AS RESPOSTAS ACIMA CITADAS.**

ASS.:\_\_\_\_\_ RG:\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Avaliação da Pele



### BIOTIPO CUTÂNEO

<input type="checkbox"/> <b>Pele Oleosa (Lipídica):</b> <input type="checkbox"/> Sensível <input type="checkbox"/> Resistente <input type="checkbox"/> Pigmentada <input type="checkbox"/> Não pigmentada <input type="checkbox"/> Firme <input type="checkbox"/> Propensa à rugas	<input type="checkbox"/> <b>Pele Seca (Alípca):</b> <input type="checkbox"/> Sensível <input type="checkbox"/> Resistente <input type="checkbox"/> Pigmentada <input type="checkbox"/> Não pigmentada <input type="checkbox"/> Firme <input type="checkbox"/> Propensa à rugas	<input type="checkbox"/> <b>Pele mista:</b> <input type="checkbox"/> Sensível <input type="checkbox"/> Resistente <input type="checkbox"/> Pigmentada <input type="checkbox"/> Não pigmentada <input type="checkbox"/> Firme <input type="checkbox"/> Propensa à rugas
---	---	---

### ANÁLISE DETALHADA DA PELE

<b>Pele com acne</b> <input type="checkbox"/> Comedão <input type="checkbox"/> Pústula <input type="checkbox"/> Pápula <input type="checkbox"/> Nódulo <input type="checkbox"/> Hiperqueratinização <input type="checkbox"/> Mílium <input type="checkbox"/> Microcisto <input type="checkbox"/> Acne Inflamatória <input type="checkbox"/> Acne Não Inflamatória	<b>Lesões dermatológicas</b> <input type="checkbox"/> Telangiectasia/ Nevo <input type="checkbox"/> Queratose Actínica <input type="checkbox"/> Nevo Melanocítico <input type="checkbox"/> Dermatose Papulosa Nigra <input type="checkbox"/> Papiloma <input type="checkbox"/> Acrocórdon Outras: _____ _____ _____	<b>Discromias</b> <input type="checkbox"/> Hiperpigmentação inflamatória <input type="checkbox"/> Fotoenvelhecimento <input type="checkbox"/> Melasma <input type="checkbox"/> Efelides <input type="checkbox"/> Hiperpigmentação orbicular <input type="checkbox"/> Hipocromia  Por quê? Quanto tempo? _____
--	--	--

### FOTOTIPO – REATIVIDADE À LUZ ULTRAVIOLETA (Escala Fitzpatrick)

<input type="checkbox"/> I – Branco / Loiro – nunca bronzeia <input type="checkbox"/> II – Branco – dificilmente bronzeia <input type="checkbox"/> III – Moreno Claro – bronzeia moderadamente	<input type="checkbox"/> IV – Moreno Moderado – sempre bronzeia <input type="checkbox"/> V – Moreno Escuro – bronzeia intensamente <input type="checkbox"/> VI – Negro – não se queima
--	--

**OUTROS:** DERMATITE ☐ SIM ☐ NÃO / PSORIASSE ☐ SIM ☐ NÃO

**TRATAMENTO INDICADO:** \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE SESSÕES:** \_\_\_\_\_

### CONTROLE PROCEDIMENTOS

Sessão	Data	Tratamento
1ª		
2ª		
3ª		
4ª		
5ª		
6ª		
7ª		
8ª		
9ª		
10ª		

### PRESCRIÇÃO COSMÉTICA (home care)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_