

Ficha de anamnese: Depilação e laser

Preencha com atenção. Suas respostas ajudam a escolher o tratamento certo e a evitar reações.

Profissional / clínica: _____

Data do preenchimento: ____ / ____ / ____

IDENTIFICAÇÃO

Nome completo: _____

Telefone (WhatsApp): _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

E-mail: _____

Como conheceu a clínica? _____

DEPILAÇÃO

Quais áreas? *(pode marcar mais de uma)*

☐ Rosto ☐ Buço ☐ Axilas ☐ Braços ☐ Pernas ☐ Virilha ☐ Costas

☐ Outra: _____

Como se depila hoje? *(marque uma)*

☐ Lâmina ☐ Cera ☐ Creme ☐ Laser ☐ Não me depilo

Sua pele é: *(marque uma)*

☐ Muito clara, sempre queima ☐ Clara, queima fácil ☐ Morena clara ☐ Morena ☐ Negra

Seus pelos são: *(marque uma)*

☐ Loiros, ruivos ou brancos ☐ Castanhos ☐ Pretos

Tomou sol ou fez bronzamento nos últimos 15 dias?

☐ Sim ☐ Não

Costuma ter pelo encravado ou foliculite?

☐ Sim ☐ Não

SAÚDE

Tem alguma destas condições? *(pode marcar mais de uma)*

☐ Diabetes ☐ Varizes / trombose ☐ Epilepsia ☐ Herpes ☐ Vitiligo ☐ Psoríase ☐ Queloides

☐ SOP / alteração hormonal ☐ Câncer de pele ☐ Marca-passos ☐ Nenhuma das anteriores

☐ Outra: _____

Usa algum destes? *(pode marcar mais de uma)*

☐ Isotretinoína (Roacutan) ☐ Ácidos na pele ☐ Antibiótico ☐ Anticoagulante

☐ Remédio que dá sensibilidade ao sol ☐ Nenhum

Está grávida, com suspeita de gravidez ou amamentando?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

Tem alergia ou já teve reação a: *(pode marcar mais de uma)*

☐ Cera ☐ Cosméticos ☐ Anestésico ☐ Outra: _____ ☐ Não tenho alergias

AUTORIZAÇÃO DE IMAGEM

Sobre o registro de fotografias e/ou vídeos do meu tratamento:

- ☐ **Não autorizo.** Nenhuma foto ou vídeo será registrado.
- ☐ **Autorizo só para uso interno.** Fotos e vídeos ficam só no meu prontuário, para acompanhar a evolução do tratamento. Nunca são divulgados.
- ☐ **Autorizo uso interno e divulgação.** Além do prontuário, autorizo o uso em redes sociais, site e materiais da clínica.

DECLARAÇÃO

Declaro que as informações fornecidas nesta ficha são verdadeiras e completas, comprometendo-me a informar à profissional qualquer alteração no meu estado de saúde, uso de medicamentos, gestação ou demais condições relevantes antes da realização de procedimentos.

Estou ciente de que a omissão de informações relacionadas à minha saúde poderá interferir na avaliação, indicação, segurança e resultado dos procedimentos realizados.

Assinatura da cliente

Assinatura da profissional