

Ficha de anamnese: Estética facial

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: _____

Profissão: _____

Como conheceu a clínica? _____

SUA PELE

Como você acha que é sua pele? *(marque uma)*

☐ Seca ☐ Normal ☐ Mista ☐ Oleosa ☐ Não sei

O que mais incomoda? *(pode marcar mais de uma)*

☐ Acne / espinhas ☐ Cravos ☐ Manchas / melasma ☐ Poros dilatados ☐ Oleosidade
☐ Ressecamento ☐ Linhas e rugas ☐ Flacidez ☐ Olheiras ☐ Sensibilidade / vermelhidão
☐ Cicatrizes de acne ☐ Outra: _____

Conte com suas palavras o que gostaria de melhorar

Com que frequência pega sol? *(marque uma)*

☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Todos os dias

Usa protetor solar todos os dias?

☐ Sim ☐ Não

Quais produtos usa hoje na pele (sabonete, hidratante, ácidos...)?

SAÚDE

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

☐ Diabetes ☐ Hipertensão ☐ Rosácea ☐ Dermatite / eczema ☐ Psoríase ☐ Herpes recorrente
☐ Quedoide ☐ Alterações hormonais / SOP ☐ Doença autoimune ☐ Epilepsia
☐ Marca-passo ou metal no rosto ☐ Nenhuma das anteriores ☐ Outra: _____

Usa ou usou nos últimos 6 meses: *(pode marcar mais de uma)*

- ☐ Isotretinoína (Roacutan) ☐ Ácidos na pele (retinoico, glicólico...) ☐ Antibióticos ☐ Corticoides
☐ Anticoagulantes ☐ Nenhum

Usa algum medicamento de forma contínua ou recente?

- ☐ Sim ☐ Não

Qual e para quê? _____

Está grávida, com suspeita de gravidez ou amamentando?

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

É fumante?

- ☐ Sim ☐ Não

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

- ☐ Cosméticos ☐ Ácidos ☐ Medicamentos ☐ Anestésicos ☐ Látex
☐ Outra: _____ ☐ Não tenho alergias

PROCEDIMENTOS ANTERIORES

Já fez algum destes? *(pode marcar mais de uma)*

- ☐ Limpeza de pele ☐ Peeling químico ☐ Microagulhamento ☐ Laser ☐ Luz pulsada
☐ Radiofrequência ☐ Toxina ou preenchimento ☐ Nunca fiz

Já teve alguma reação ou problema depois de um procedimento?

- ☐ Sim ☐ Não

O que aconteceu? _____

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