

Ficha de anamnese: Extensão de cílios

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? _____

OLHOS E CÍLIOS

Usa lentes de contato?

☐ Sim ☐ Não

Tem ou teve recentemente: *(pode marcar mais de uma)*

☐ Conjuntivite ou irritação ☐ Blefarite ☐ Olho seco ☐ Alergia nos olhos ☐ Cirurgia nos olhos
☐ Glaucoma ☐ Nenhuma das anteriores

Já fez extensão ou lash lifting?

☐ Sim ☐ Não

Teve alguma reação? _____

Usa rímel todos os dias?

☐ Sim ☐ Não

Costuma dormir: *(marque uma)*

☐ De barriga para cima ☐ De lado ☐ De bruços

Tem dificuldade de ficar de olhos fechados por 1 a 2 horas?

☐ Sim ☐ Não

Que efeito você gostaria?

SAÚDE

Está em quimioterapia ou tratamento que cause queda de pelos?

☐ Sim ☐ Não

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)*

- ☐ Cola de cílios ☐ Esmalte ☐ Esparadrapo / fita ☐ Látex ☐ Cosméticos
☐ 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