

Ficha de anamnese: Harmonização facial

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

Profissional / clínica: _____

Data do preenchimento: ____ / ____ / _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome completo: _____

Nome social (se aplicável): _____

Data de nascimento: ____ / ____ / _____

CPF: _____

RG: _____

Profissão: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Endereço: _____

Contato para emergência: _____

Telefone de emergência: _____

Como conheceu a clínica? _____

QUEIXA PRINCIPAL E EXPECTATIVAS

Qual é a sua principal queixa ou o que gostaria de melhorar?

Há quanto tempo isso incomoda você?

Já realizou algum tratamento para essa queixa?

☐ Sim ☐ Não

Se sim, qual? _____

O que você espera alcançar com o tratamento?

HISTÓRICO DE SAÚDE

Possui ou já possuiu alguma das condições abaixo? *(pode marcar mais de uma)*

- ☐ Hipertensão arterial ☐ Diabetes ☐ Doença cardíaca / arritmia ☐ Doença renal ☐ Doença hepática
☐ Alterações da tireoide ☐ Epilepsia / convulsões ☐ Doença autoimune
☐ Alterações de coagulação / trombose ☐ Anemia ou outra doença hematológica
☐ Câncer / histórico de câncer ☐ Imunossupressão ☐ Doença neuromuscular ☐ Infecção ativa / febre
☐ Herpes simples recorrente ☐ Quelóide / cicatrização anormal ☐ Nenhuma das anteriores
☐ Outra: _____

Já foi submetido(a) a cirurgia ou internação?

- ☐ Sim ☐ Não

Qual e quando? _____

MEDICAMENTOS E SUPLEMENTOS

Faz uso contínuo ou recente de algum medicamento?

- ☐ Sim ☐ Não

Nome / dose / motivo _____

Utiliza ou utilizou recentemente: *(pode marcar mais de uma)*

- ☐ Anticoagulantes / antiagregantes ☐ Corticoides ☐ Imunossupressores ☐ Antibióticos
☐ Isotretinoína ☐ Medicamentos para doenças autoimunes ☐ Medicamentos para diabetes / emagrecimento
☐ Outros ☐ Nenhum

Faz uso de vitaminas, suplementos ou fitoterápicos?

- ☐ Sim ☐ Não

Quais? _____

ALERGIAS

Possui alguma alergia ou já apresentou reação alérgica a: *(pode marcar mais de uma)*

- ☐ Medicamentos ☐ Anestésicos locais ☐ Látex ☐ Clorexidina ☐ Adesivos / esparadrapos
☐ Alimentos ☐ Cosméticos / produtos tópicos ☐ Outras ☐ Não possui alergias conhecidas

Já apresentou reação alérgica grave / anafilaxia?

- ☐ Sim ☐ Não

Se sim, descreva _____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Está grávida, com suspeita de gravidez ou amamentando?

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

É fumante?

- ☐ Sim ☐ Não

Consome bebidas alcoólicas com frequência?

- ☐ Sim ☐ Não

Está realizando acompanhamento médico ou tratamento de saúde atualmente?

☐ Sim ☐ Não

Qual? _____

HISTÓRICO DE PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS

Já realizou algum dos procedimentos abaixo? *(pode marcar mais de uma)*

☐ Toxina botulínica ☐ Preenchimento com ácido hialurônico ☐ Bioestimulador de colágeno
☐ Skinbooster ☐ Fios ☐ Microagulhamento ☐ Peelings ☐ Laser ☐ Ultrassom micro/macrofocado
☐ Radiofrequência ☐ Cirurgia plástica / facial ☐ Outros ☐ Nunca realizou procedimentos estéticos

Procedimento(s), região(ões), produto(s) utilizado(s) e data aproximada, se souber

Possui ou já realizou preenchimento com PMMA, silicone líquido, outro produto permanente/semipermanente ou produto cujo nome desconheça?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

Região / produto, se souber: _____

INTERCORRÊNCIAS ANTERIORES

Já apresentou alguma complicação ou intercorrência após procedimento estético? *(pode marcar mais de uma)*

☐ Não ☐ Edema prolongado ☐ Hematoma importante ☐ Infecção ☐ Herpes
☐ Nódulos / endurecimento ☐ Reação inflamatória tardia ☐ Alteração de sensibilidade
☐ Alteração vascular / necrose ☐ Ptose ou assimetria após toxina botulínica ☐ Reação alérgica
☐ Outra: _____

Descreva, se necessário

SAÚDE BUCAL E ODONTOLÓGICA

Apresenta atualmente alguma das situações abaixo? *(pode marcar mais de uma)*

☐ Dor ou infecção dentária ☐ Tratamento odontológico em andamento ☐ Doença / infecção periodontal
☐ Cirurgia ou procedimento odontológico recente ☐ Implantes dentários ☐ Nenhuma das anteriores

Realizou recentemente ou pretende realizar procedimento odontológico invasivo próximo ao tratamento estético?

☐ Sim ☐ Não

Qual / quando? _____

CONDIÇÕES DA PELE

Na região que será tratada apresenta atualmente: *(pode marcar mais de uma)*

☐ Ferida / lesão ☐ Acne inflamatória importante ☐ Dermatite ☐ Infecção ☐ Herpes ativa
☐ Irritação / queimadura ☐ Procedimento estético recente ☐ Nenhuma das anteriores

Possui histórico de quelóide ou cicatriz hipertrófica?

☐ Sim ☐ Não

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