

Ficha de anamnese: Micropigmentação

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? _____

O PROCEDIMENTO

Onde quer fazer? *(pode marcar mais de uma)*

☐ Sobrancelhas ☐ Lábios ☐ Olhos (delineado) ☐ Outra: _____

Já fez micropigmentação antes?

☐ Sim ☐ Não

Onde, quando e se fez remoção _____

Sua pele é: *(marque uma)*

☐ Seca ☐ Normal ☐ Mista ☐ Oleosa ☐ Não sei

Fez toxina ou preenchimento nos últimos 30 dias?

☐ Sim ☐ Não

Como gostaria que ficasse?

SAÚDE

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

☐ Diabetes ☐ Hipertensão ☐ Problema de coagulação / hemofilia ☐ Herpes labial ☐ Quedoide
☐ Doença autoimune ☐ Hepatite ☐ Epilepsia ☐ Problema nos olhos / glaucoma
☐ Nenhuma das anteriores ☐ Outra: _____

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

☐ Anticoagulante / AAS ☐ Isotretinoína (Roacutan) ☐ Corticoide ☐ Antibiótico ☐ 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)*

☐ Anestésicos ☐ Pigmentos / tintas ☐ Henna ☐ Metais ☐ 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