

Ficha de anamnese: Terapia capilar

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? _____

CABELO E COURO CABELUDO

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

- ☐ Queda ☐ Falhas / entradas ☐ Afinamento dos fios ☐ Caspa ☐ Oleosidade ☐ Coceira
☐ Couro sensível ☐ Quebra ☐ Outra: _____

Há quanto tempo? _____

Tem casos de calvície ou queda na família?

- ☐ Sim ☐ Não

Faz ou fez nos últimos 6 meses: *(pode marcar mais de uma)*

- ☐ Coloração ☐ Descoloração / luzes ☐ Progressiva / alisamento ☐ Permanente / cachos
☐ Nenhuma

Com que frequência lava o cabelo? *(marque uma)*

- ☐ Todo dia ☐ Dia sim, dia não ☐ 2 vezes por semana ☐ Menos que isso

SÁUDE

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

- ☐ Alteração de tireoide ☐ Anemia ☐ SOP / alteração hormonal ☐ Pós-parto recente
☐ Doença autoimune ☐ Dermatite seborreica ☐ Psoríase ☐ Estresse intenso recente
☐ Cirurgia ou febre alta nos últimos 3 meses ☐ Nenhuma das anteriores
☐ Outra: _____

Está fazendo dieta restritiva ou perdeu muito peso recentemente?

- ☐ Sim ☐ Não

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

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

- ☐ Tintura / química de cabelo ☐ Cosméticos ☐ Medicamentos ☐ 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