

Nome: _____

Data de nascimento: _____

CPF: _____

Sexo: _____

Telefone: _____

Profissão: _____

E-mail: _____

Endereço: _____

CEP: _____

Complemento: _____

Como ficou sabendo de nosso trabalho?

Facebook Instagram YouTube Google Outros _____

Avaliação

Exposição ao sol? SIM NÃO Se SIM, qual frequência: _____

Utiliza filtro solar? SIM NÃO

Bronzeamento? SIM NÃO Se SIM, qual frequência: _____

Uso de anabolizantes? SIM NÃO Se SIM, qual: _____

Uso ácidos no corpo ou rosto? SIM NÃO Se SIM, qual: _____

Uso de roacutan? SIM NÃO

Faz uso de algum medicamento? SIM NÃO Se SIM, qual: _____

Peeling químico recente? SIM NÃO Se SIM, quando: _____

Tem tatuagem? SIM NÃO Se SIM, onde: _____

Herpes? SIM NÃO

Diabetes? SIM NÃO

Hipertensão? SIM NÃO

Cicatrizes? SIM NÃO

Tabagismo? SIM NÃO

Hepatite B? SIM NÃO

Quelóide? SIM NÃO

Tumor / Câncer? SIM NÃO

Quimioterapia e/ou radioterapia? SIM NÃO

Portador de marcapasso? SIM NÃO

Gestante? SIM NÃO

Alterações psicológicas? SIM NÃO

Presença de

Manchas pigmentares relacionadas à melanina

- Acromia Efélides Hipocromia Cloasma Hiperchromia

Manchas por alteração vasculares

- Angioma Eritema Petéquias Cianose Hematoma Teleangectasias

Formações sólidas

- Ceratose Pápulas Comedão Necrose Nódulos Verrugas Millium

Formações com conteúdo líquido

- Bolha Pústula Vesícula

Lesões de pele

- Crosta Escara Fissura Ulceração Descamação Escoriação Fístula

Sequelas

- Atrofia Cicatriz

Pelos

- Hipertricose Hirsutismo

Alterações da queratinização

- Eczema Hiperqueratose Psoríase

Classificação do tipo cutâneo

Quanto à hidratação

- Desidratada Normal

Quanto ao grau de oleosidade

- Alípica Lipídica Normal Seborreica

Quanto à espessura

- Espessa Fina Muito fina

Informações sobre o tratamento

A Luz Intensa Pulsada é usada em inúmeras aplicações na área médica como o tratamento de manchas de pele, fotorejuvenescimento, telangectasias/vasos, estrias e epilação.

É importante que você seja esclarecido sobre todo o tratamento em relação à sua particular condição:

- Esse é um programa de tratamentos e serão necessárias várias sessões para alcançar o resultado desejado, dependendo da resposta individual de cada paciente.

- Durante o tratamento não é permitida exposição ao sol e é obrigatório o uso de protetor solar diariamente.

- Complicações como manchas, feridas, infecções, queimaduras e cicatrizes são muito raras, mas podem ocorrer.

Declaro ter sido informado (a) claramente sobre todos os procedimentos e estar ciente de todos os benefícios, riscos, indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais e advertências gerais. Assim como comprometo-me a seguir as orientações da esteticista. Declaro que as informações acima são verdadeiras, não cabendo a esteticista a responsabilidade por quaisquer informações omitidas.

Local e Data: _____

Assinatura do Cliente