

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

Usa filtro solar? Sim Não Frequência: _____

Faz uso de chapéu ou boné diariamente? Sim Não

Utilização de cosméticos capilares? Sim Não Qual: _____

Uso de isotretinoína ou derivado da vitamina A tópica ou oral? Sim Não

Utilização de cosméticos fotossensibilizantes? Sim Não Qual: _____

Usa lente de contato? Sim Não

Tabagismo? Sim Não Quantos cigarros ao dia: _____

Ingere bebida alcoólica? Sim Não Frequência: _____

Qualidade de sono? Boa Regular Péssima Quantas horas noite: _____

Ingestão de água (copos ou ml/dia): _____

Alimentação: Boa Regular Péssima

Está fazendo algum tipo de dieta alimentar rigorosa? Sim Não

Queixa principal: _____

FIBRO EDEMA GELÓIDE (FEG): _____

Tipo: Flácida Edematosa Compacta Mista

Grau: I II III IV

Localização: _____

Coloração do tecido: _____

Temperatura: Fria Quente

Presença de dor à palpação? SIM NÃO

Edema: _____

Teste de cacifo (tornozelo): Positivo Negativo

Teste de dígito pressão (3 segundos): Positivo Negativo

Sensação de peso ou cansaço em MMII: _____

Gordura regionalizada: _____

Gordura: Compacta Flácida

Distribuição de gordura: Localizada Generalizada

Localização: _____

Biotipo: Gnóide Andróide Normolíneo

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ Peso mín.: _____ Peso máx.: _____

Abaixo de 18,5 - Abaixo do peso ideal

Entre 18,5 e 24,9 - Peso normal

Entre 25,0 e 29,9 - Sobrepeso

Entre 30,0 e 34,9 - Obesidade Grau I

Entre 35,0 e 39,9 - Obesidade Grau II

40,00 e acima - Obesidade Grau III

FLACIDEZ

Tisular Grau: _____ (I leve, II moderado, III intenso, IV grave)

Localização: _____

Muscular Grau de força: _____ (I leve, II moderado, III intenso, IV grave)

Localização: _____

ESTRIAS

Cor: Rubra Alba - Largura: Fina Larga - Tipo: Atrófica Hipertrófica

Quantidade: _____ (I leve, II moderado, III intenso, IV grave)

Região: _____

ALTERAÇÕES VASCULARES

Microvasos/Telangiectasias: SIM NÃO

Local: _____

Coloração dos microvasos/telangiectasias: Avermelhados Arroxeados

Presença de insuficiência venosa tipo 2, 3 ou 4 (classificação de Frascischelli): SIM NÃO

Local: _____

Alterações posturais: SIM NÃO

Quais: _____

Possui dispositivo intrauterino (DIU)? SIM NÃO

Possui alguma prótese ou implantes metálicos: SIM NÃO

Quais: _____

Biotipo corporal: Ectomorfo Mesomorfo Endomorfo

Distribuição de gordura: Andróide Gnóide

Presença de diástese abdominal: SIM NÃO

Tipo de gordura: Flácida Compacta

Região: _____

Observações: _____

Tipo de Flacidez: Dérmica Muscular

Região: _____

Observações: _____

Grau da HLDG: Grau I Grau II Grau III Grau IV

Tipo de HLDG: Flácida Compacta

Região: _____

Observações: _____

Tipo de estrias: Vermelhas Violáceas Brancas Nacaradas

Largura: Finas Largas Variadas

Observações: _____

