

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 NãoUsa filtro solar? Sim Não Frequência: _____Faz uso de chapéu ou boné diariamente? Sim NãoUtilização de cosméticos capilares? Sim Não Qual: _____Uso de isotretinoína ou derivado da vitamina A tópica ou oral? Sim NãoUtilização de cosméticos fotossensibilizantes? Sim Não Qual: _____Usa lente de contato? Sim NãoTabagismo? Sim Não Quantos cigarros ao dia: _____Ingerir bebida alcoólica? Sim Não Frequência: _____Qualidade de sono? Boa Regular Péssima Quantas horas noite: _____

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

Alimentação: Boa Regular PéssimaEstá fazendo algum tipo de dieta alimentar rigorosa? Sim NãoAlguma patologia de pele? Sim NãoQual? Acne Psoríase Vitiligo Outra: _____Está realizando algum procedimento estético facial atualmente? Sim NãoAlteração na tireoide? Sim Não — Hipotireoidismo HipertireoidismoToma medicação? Sim Não Qual e a quanto tempo: _____Usa algum suplemento oral? Sim Não Qual: _____Antecedentes oncológicos? Sim Não Qual: _____Tem diabetes? Sim NãoCirurgia plástica estética? Sim Não Qual: _____

Com relação a alopecia, qual a queixa principal? _____

A doença acomete outras partes do corpo? Sim Não Qual: _____

Há quanto tempo começou a disfunção? _____

A disfunção está: Estável Aumentando DiminuindoO cabelo ficou: Mais fino Mais crespo Mudou de cor Ficou mais quebradiço

Apresentou alterações no couro cabeludo como:

 Dor Coceira Ardor Inflamação Crostas Feridas Caspas Oleosidade Odor Descamação

Já teve crises em relação a essas alterações? Sim Não

Qual: _____ Quando: _____

Possui antecedentes alérgicos? Sim Não Quais: _____

Tem algum problema endócrino? Sim Não Qual: _____

Presença de próteses metálicas? Sim Não Qual: _____

Toma algum tipo de medicamento? Sim Não Qual: _____

Está trabalhando? Sim Não

Faz ou fez dieta alimentar? Sim Não Qual: _____

Fez alguma cirurgia nos últimos 12 meses? Sim Não Há quanto tempo: _____

Fez ou faz tratamento quimioterápico? Sim Não Há quanto tempo: _____

É paciente pós bariátrico? Sim Não

Tempo da última gestação: _____

Aspectos do cabelo e couro cabeludo

Já fez algum tratamento antiqueda? Sim Não Qual: _____

Usa: Gel Bonés Chapéu Penteados presos Escovas Capacetes Chapinhas

Lava o cabelo quantas vezes por semana? _____

Quais shampoos, condicionadores e outros produtos capilares que está usando ultimamente?

Quanto ao seu tipo de cabelo, classifique

Tipo: Normal Oleoso Seco Misto

Aspecto: Macio Áspero Brilhante Opacos

Comprimento: Curto Médio Longo

Curvatura: Liso Ondulado Crespo

Densidade: Pouco Muito Moderado

Porosidade: Pouco poroso Poroso Muito poroso

Textura: Fino Médio Grosso

Elasticidade: Boa Médio Ausência

Cor: Natural Artificial

Quanto ao couro cabeludo, apresenta: Falhas Entradas Calvíce

Apenas para os casos de alopecia areata e/ou cicatricial

Localização da lesão: _____

Formato: _____

Número de lesões: _____

Qual região: _____

Tamanho: _____

Já fez implante de cabelos? Sim Não

Qual tipo: _____

Usa aplique? Sim Não

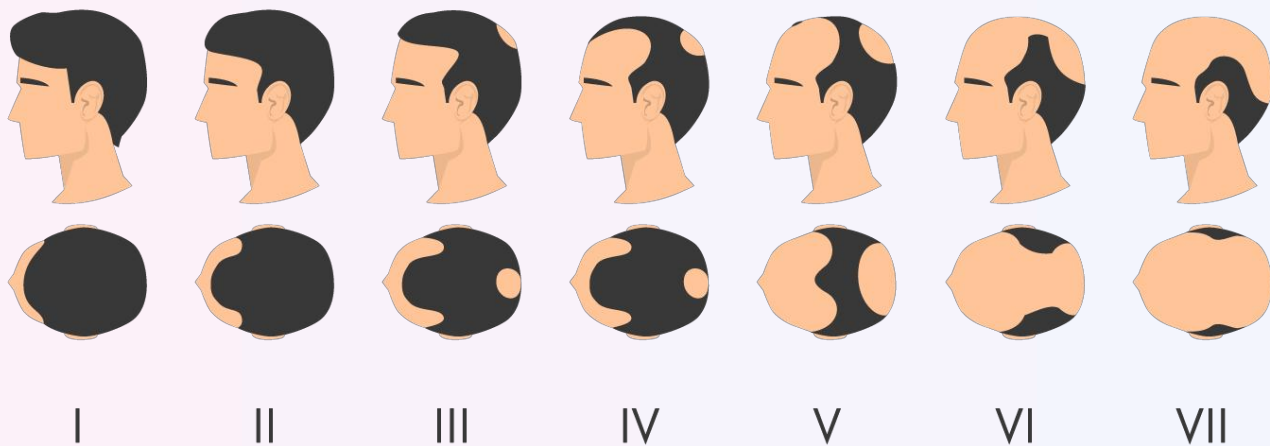
Teve alguma complicação pós implante? Sim Não

Qual: _____

Fez algum tratamento capilar pós implante? Sim Não

Qual: _____

Alguém da família tem algum tipo de calvice? Sim Não



Relatório	



Relatório	

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