

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_

**Como ficou sabendo de nosso trabalho?** Facebook  Instagram  YouTube  Google  Outros: \_\_\_\_\_**Variáveis Paciente**

Idade: \_\_\_\_\_

Fototipo:  1  2  3  4  5  6Raça:  Negra  Branca  Parda  AmarelaCor do pelo:  Preto  Castanho  RuivoEspessura do pelo:  Fino  Médio  Grosso  Penugem

Peso (kg): \_\_\_\_\_

**Patologias**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problema cardiovascular              | <input type="checkbox"/> Problema de coluna      | <input type="checkbox"/> Problema hepático   |
| <input type="checkbox"/> Problemas renais                     | <input type="checkbox"/> Micoses                 | <input type="checkbox"/> Valculopatias       |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alterado                  | <input type="checkbox"/> Hipertireoidismo        | <input type="checkbox"/> Hipotireoidismo     |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (tipo): _____               | <input type="checkbox"/> Cardiopatia congênita   | <input type="checkbox"/> Hipertensão         |
| <input type="checkbox"/> Dispositivos eletrônicos implantados | <input type="checkbox"/> Arritmia                | <input type="checkbox"/> Miocardias          |
| <input type="checkbox"/> Úlceras                              | <input type="checkbox"/> Gastrite                | <input type="checkbox"/> Ovário policístico  |
| <input type="checkbox"/> Nefriti                              | <input type="checkbox"/> Lupos                   | <input type="checkbox"/> Infecção urinária   |
| <input type="checkbox"/> Calculo renal                        | <input type="checkbox"/> Nefropatia              | <input type="checkbox"/> Insuficiência renal |
| <input type="checkbox"/> Obstrução renal                      | <input type="checkbox"/> Anemia                  | <input type="checkbox"/> Osteoporose         |
| <input type="checkbox"/> Afecções cutâneas                    | <input type="checkbox"/> Tendência a quelóide    | <input type="checkbox"/> Psoríase            |
| <input type="checkbox"/> Vitiligo                             | <input type="checkbox"/> Hérnia                  | <input type="checkbox"/> Neoplasia (câncer)  |
| <input type="checkbox"/> Herpes                               | <input type="checkbox"/> AIDS                    | <input type="checkbox"/> Labirintite         |
| <input type="checkbox"/> Disfunção hematológica               | <input type="checkbox"/> Tombose                 | <input type="checkbox"/> Hirsutismo          |
| <input type="checkbox"/> Processo inflamatório agudo          | <input type="checkbox"/> Déficit de cicatrização | <input type="checkbox"/> Disfunção endócrina |
| <input type="checkbox"/> Alteração da sensibilidade local     | <input type="checkbox"/> Fragilidade capilar     | <input type="checkbox"/> Lactante            |
| <input type="checkbox"/> Síndromes cognitivas                 | <input type="checkbox"/> Imunodeprimido          | <input type="checkbox"/> Gestante            |
| <input type="checkbox"/> DIU de cobre                         | <input type="checkbox"/> Tromboflebite           | <input type="checkbox"/> Crises de pânico    |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia                            | <input type="checkbox"/> Alergia na pele         | <input type="checkbox"/> Doença do colágeno  |
| <input type="checkbox"/> Rosácea                              | <input type="checkbox"/> Acne ativa              | <input type="checkbox"/> Pele sensível       |
| <input type="checkbox"/> Hemorragia                           | <input type="checkbox"/> Doença neuromuscular    | <input type="checkbox"/> Verrugas            |
| <input type="checkbox"/> Uso de anticoagulantes               | <input type="checkbox"/> DST - Qual: _____       |  |

 Disfunção hormonal - Qual medicação: \_\_\_\_\_ Outras patologias - Qual: \_\_\_\_\_

Quantos meses da última gestação: \_\_\_\_\_

Possui manchas na pele?  SIM  NÃO

Se SIM, qual tipo de mancha:  Manchas claras  Manchas escuras  Manchas claras e escuras

Ciclo menstrual:  Regular

Irregular e não faz uso de medicamentos  Irregular e fez uso de isotretinoína nos últimos 6 meses

Quantidade de partos: \_\_\_\_\_

Uso de medicamento fotossensível?  SIM  NÃO

Se SIM, faz uso de:  Tigasona  Neo tigasona  Isotretinoína (roacutan)

Outro: \_\_\_\_\_

Possui tatuagem?  SIM  NÃO Se SIM, onde: \_\_\_\_\_

Uso de anticoncepcional?  SIM  NÃO Se SIM, qual: \_\_\_\_\_

Usa cosmético diariamente?  SIM  NÃO

Usa medicamento diariamente?  SIM  NÃO Se SIM, qual: \_\_\_\_\_

Uso de ácido?  SIM  NÃO Se SIM, qual: \_\_\_\_\_

Descolore os pelos?  SIM  NÃO Se SIM, com que frequência: \_\_\_\_\_

Se descolore os pelos, quando foi a ultima vez: \_\_\_\_\_

Costuma bronzear-se?  SIM  NÃO Se SIM, quando foi a última vez: \_\_\_\_\_

Estado cutâneo:  Desidratado  Desvitalizado  Acneica  Hidratada

Realiza cuidados diários com a pele?  SIM  NÃO

Se SIM, quais cuidados:  Higienização  Tonificação  Hidratação  Nutrição  Esfoliação

Outros: \_\_\_\_\_

Faz uso de protetor solar?  SIM  NÃO

Consumo de água:  Menos de 2 litros dia  2 litros dia  Mais de 2 litros dia

Alimentação:  Hipocalórica (em processo de emagrecimento)  Balanceada  Desbalanceada

Pratica atividade física?  SIM  NÃO Se SIM, com que frequência: \_\_\_\_\_

Qualidade do sono:  Boa  Regular  Ruim

Consome bebida alcoólica?  SIM  NÃO Se SIM, com que frequência: \_\_\_\_\_

Fumante?  SIM  NÃO

Uso de toxina botulínica:  SIM  NÃO Se SIM, qual região: \_\_\_\_\_

E quanto tempo da última aplicação: \_\_\_\_\_

Fez preenchimento facial?  SIM  NÃO Se SIM, a quanto tempo: \_\_\_\_\_

Distúrbios hormonais?  SIM  NÃO

Faz uso de hormônio?  SIM  NÃO Se SIM, qual: \_\_\_\_\_

Cirurgia recente?  SIM  NÃO Se SIM, qual: \_\_\_\_\_

Costuma depilar-se com:  Cera  Creme depilatório  Lâmina  Linha  Pinça  Satinele

Quando foi a última depilação: \_\_\_\_\_ Qual região: \_\_\_\_\_

Nos últimos 6 meses foi submetido a algum procedimento com laser?  SIM  NÃO

Se SIM, qual: \_\_\_\_\_ Qual área do corpo: \_\_\_\_\_

*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