Anamnese facial

Alergias, medicamentos, gestação, procedimentos anteriores e tipo de pele.

É só um modelo. Confira e adapte com a responsável técnica do seu espaço e com as regras da sua profissão antes de usar. A ficha preenchida tem dados de saúde: guarde-a em lugar seguro, longe de quem não precisa ver.

NOME

DATA DE NASCIMENTO

TELEFONE

DATA

1. O que você gostaria de melhorar no rosto?

2. Tem alergia a algum medicamento, cosmético, anestésico ou látex?

☐ Sim ☐ Não

3. Se tem alergia, a quê?

4. Usa algum medicamento? Quais?

5. Usou isotretinoína (Roacutan) nos últimos 6 meses?

☐ Sim ☐ Não

6. Usa anticoagulante ou ácido acetilsalicílico (AAS)?

☐ Sim ☐ Não

7. Está grávida ou amamentando?

☐ Sim ☐ Não

8. Tem diabetes, pressão alta, doença autoimune ou problema de cicatrização?

☐ Sim ☐ Não

9. Se sim, qual?

10. Tem herpes labial que volta de tempos em tempos?

☐ Sim ☐ Não

11. Já teve queloide (cicatriz alta e grossa)?

☐ Sim ☐ Não

12. Já fez procedimento estético no rosto (toxina, preenchimento, peeling, laser)? Qual e quando?

13. Usa ácidos ou cremes de tratamento na pele? Quais?

14. Usa protetor solar todos os dias?

☐ Sim ☐ Não

15. Fuma?

☐ Sim ☐ Não

16. Tipo de pele

☐ Normal ☐ Seca ☐ Oleosa ☐ Mista ☐ Sensível

17. Observações

ASSINATURA

DATA

SE QUEM ASSINA É O RESPONSÁVEL: NOME, CPF E PARENTESCO