

|  |  |
| --- | --- |
|  | **MODELO DE FICHA DE ANAMNESE FACIAL**  |

|  |
| --- |
| **DADOS PESSOAIS** Data: |
| Nome:  | Idade: | Sexo: |
| E-mail:  | Endereço:  |
| Bairro:  | Cidade:  |
| CEP:  | Tel.:  | Nasc.: | Profissão: |
| Motivo de visita: |
| **HISTÓRICO** |
|  |  SIM | NÃO |  |
| Já teve herpes? | ( ) | ( ) |
| Tratamento estético anterior? | ( ) | ( ) | Qual? |
| Antecedentes alérgicos? | ( ) | ( ) | Quais? |
| Funcionamento intestinal regular? | ( ) | ( ) | Obs.: |
| Pratica atividade física? | ( ) | ( ) | Quais? |
| É fumante? | ( ) | ( ) |  |
| Alimentação balanceada? | ( ) | ( ) | Tipo: |
| Ingere líquidos com frequencia? | ( ) | ( ) | Quanto? |
| É gestante? | ( ) | ( ) | Filhos? ( ) S ( ) N Quantos? |
| Faz algum tratamento médico? | ( ) | ( ) | Qual? |
| Usa ou já usou ácidos na pele? | ( ) | ( ) | Quais? |
| Cuidados diários e produtos em uso | ( ) | ( ) | Quais? |
| Presença de próteses metálicas? | ( ) | ( ) | Local? |
| Antecedentes oncológicos? | ( ) | ( ) | Qual? |
| Ciclo menstrual regular? | ( ) | ( ) | Obs.: |
| Usa método anticoncepcional? | ( ) | ( ) | Qual? |
| Tem problemas cardíacos | ( ) | ( ) | Qual? |
| Próteses dentárias? | ( ) | ( ) |  |
| Usa algum medicamento? | ( ) | ( ) | Qual? |
| Diabetes? | ( ) | ( ) |  |
| Costuma tomar sol? | ( ) | ( ) |  |
| **AVALIAÇÃO DA PELE** |
| **PRESENÇA DE:** |
| Manchas pigmentares relacionadas à melanina | ( ) Acromia( ) Cloasma | ( ) Hipocromia( ) Hipercromia | ( ) Efélides |  |  |  |
| Manchas por alterações vasculares | ( ) Angioma( ) Cianose | ( ) Eritema( ) Hematoma | ( ) Petéquias( ) Telangiectasias |  |  |  |
| Formações sólidas | ( ) Ceratose( ) Nódulos | ( ) Pápulas( ) Verrugas | ( ) Comedão( ) Milium | ( ) Necrose |
| Formações com conteúdo líquido | ( ) Bolha ( ) Pústula ( ) Vesícula |
| Lesões de pele | ( ) Crosta( ) Descamação | ( ) Escara( ) Escoriação | ( ) Fissura( ) Fístula | ( ) Ulceração |  |
| Sequelas | ( ) Atrofia  |  |  | ( ) Cicatriz |  |  |  |
| Pelos  | ( ) Hipertricose  |  |  | ( ) Hirsutismo  |  |  |  |
| Alterações de queratinização | ( ) Eczema  |  | ( ) Hiperqueratose  |  | ( ) Psoríase  |  |
| **CLASSIFICAÇÃO DO TIPO CUTÂNEO:** |
| Quanto à hidratação | ( ) Desidratada  |  |  | ( ) Normal  |  |  |  |
| Quanto ao grau de oleosidade | ( ) Alípica  | ( ) Lipídica  | ( ) Normal  | ( ) Seborreica  |  |
| Quanto a espessura | ( ) Espessa  | ( ) Fina  |  | ( ) Muito fina  |
|  |
| **Sessão | Data** | **DESCRIÇÃO DE TRATAMENTO** |
| 1ª  |
| 2ª |
| 3ª |
| 4ª |
| 5ª |
| 6ª |
| 7ª |
| 8ª |
| 9ª |
| 10ª |
| **RELATÓRIO** |
| Termo de ResponsabilidadeEstou ciente que os tratamentos faciais requerem minha colaboração diariamente, utilizando os cosméticos adequados e protetor solar.Permito o tratamento de peeling químico, físico e mecânico, sabendo que existe um risco, mesmo que temporário, da minha pele ficar mais escura. Me proponho a usar o que for necessário para a pele ficar melhor. |
| Local e data: | Assinatura do Cliente: |

**Este modelo de ficha faz parte do livro**

**Manipulação Magistral para Estética 2ª ed, 2022.**

**Para mais informações, acesse:**

**loja.ciafarmaceutica.com.br**