

|  |  |
| --- | --- |
|  | **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 Responsabilidade  Estou 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**