
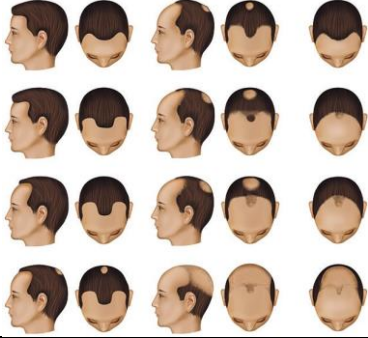


Esta ficha faz parte do Livro **Tricologia e Cosmética Capilar** Segunda Edição.

Para aqueles que fazem atendimento de terapia capilar, deixamos aqui uma sugestão de ficha de anamnese, que pode ser adaptada conforme as suas necessidades.

<b>Ficha de Avaliação Capilar</b>	
Nome:	D. Nasc:
Endereço:	
E-mail:	
Profissão:	Estado Civil:
1. Qual a queixa principal? _____	
2. A alteração acomete outras áreas do corpo? ( ) não ( ) sim Quais: _____	
3. Faz quanto tempo? _____	
4. O problema está: ( ) estável ( ) aumentando ( ) diminuindo	
5. O cabelo ficou: ( ) mais fino ( ) mais crespo ( ) mudou de cor ( ) mais quebradiço	
6. Apresentou alterações no couro cabeludo como: ( ) dor ( ) coceira ( ) ardor ( ) inflamação ( ) crostas ( ) feridas ( ) caspa ( ) oleosidade ( ) odor ( ) descamação	
7. Já teve outras crises? ( ) não ( ) sim Quando: _____	

<b>Histórico Pessoal</b>
1. Descrever últimas doenças (6 meses), operações ou internações (2 anos).
2. Você tem alguma doença atual? ( ) não ( ) sim qual: _____
3. Tem algum problema endócrino? ( ) não ( ) sim qual: _____
4. É cardíaco? ( ) não ( ) sim Usa marcapasso? ( ) não ( ) sim Faz uso de medicação? ( ) não ( ) sim qual: ____
5. Periodicidade e modo de lavar os cabelos: _____
6. Cosméticos capilares em uso: _____
7. Nos meses que precederam o problema você: ( ) fez dietas ( ) emagreceu ( ) engordou ( ) teve alguma crise emocional _____
8. Tem alergia a algum medicamento ou cosmético? ( ) não ( ) sim Qual: _____
9. Tem filhos? ( ) não ( ) sim Quantos? ____ Última gestação: _____ ( ) Não se aplica

10. A gravidez piorou o problema atual? ( ) não ( ) sim ( ) Não se aplica	
11. Tem alguma alteração menstrual? ( ) não ( ) sim Qual: _____ ( ) Não se aplica	
12. Come carne? ( ) não ( ) sim Caso negativo, tem acompanhamento nutricional?	
13. Alguém da família tem ou teve o mesmo problema? ( ) não ( ) sim Se sim, quem? _____	
14. Alguém da família tem algum destes tipos de calvície?	
Mulheres	Homens
	
Outros tipos de calvície: _____	

### Cuidados com os Cabelos

1. Faz química nos cabelos? ( ) não ( ) sim Qual: _____ Frequência: _____
2. Usa: ( ) gel ( ) boné/chapéu ( ) penteados presos ( ) escovação ( ) prancha térmica

### Exame Físico

1. A densidade dos cabelos é a mesma em todo o couro cabeludo? ( ) não ( ) sim
2. O couro cabeludo apresenta: ( ) oleosidade ( ) descamação ( ) prurido ( ) vermelhidão ( ) manchas ( ) caspa ( ) odor ( ) outros: _____
3. Presença de: ( ) falhas ( ) entradas ( ) retrações. Em que regiões? _____
4. Em casos de alopecia areata e/ou cicatricial: Qual a localização _____, número de lesões _____, formato _____ tamanho _____ e superfície do couro cabeludo no local _____
5. Existe reposição dos fios? ( ) não ( ) sim
6. O comprimento dos cabelos é o mesmo em todas as regiões da cabeça? ( ) não ( ) sim
7. Tem algum tipo de química? ( ) não ( ) sim Qual: _____
8. Os cabelos são: ( ) macios ( ) ásperos ( ) brilhantes ( ) opacos
9. As pontas dos cabelos são: ( ) íntegras ( ) quebradiças

10. Nos fios foram encontrados: <input type="checkbox"/> nódulos <input type="checkbox"/> triconodose <input type="checkbox"/> tricorrexí nodosa <input type="checkbox"/> tricoptilose <input type="checkbox"/> outros: _____
11. Avaliação da haste capilar: Cor: <input type="checkbox"/> preta <input type="checkbox"/> castanha <input type="checkbox"/> louro <input type="checkbox"/> ruiva Natural? <input type="checkbox"/> colorido? <input type="checkbox"/> _____
Texturização: _____
Tipo: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> seco <input type="checkbox"/> oleoso <input type="checkbox"/> misto Comprimento: <input type="checkbox"/> curto <input type="checkbox"/> médio <input type="checkbox"/> longo Curvatura: <input type="checkbox"/> liso <input type="checkbox"/> ondulado <input type="checkbox"/> crespo <input type="checkbox"/> muito crespo Espessura: <input type="checkbox"/> fino <input type="checkbox"/> médio <input type="checkbox"/> grosso Densidade: <input type="checkbox"/> pouca <input type="checkbox"/> média <input type="checkbox"/> muita Porosidade: <input type="checkbox"/> porosa <input type="checkbox"/> muito porosa <input type="checkbox"/> pouco porosa Resistência: <input type="checkbox"/> preservada <input type="checkbox"/> aumentada (elástica) <input type="checkbox"/> diminuída (rígida) Complicação (fragilidade capilar, falta de flexibilidade etc): _____
12. Observação complementar? _____

<b>Alteração encontrada</b> _____ _____ _____ _____
<b>Protocolo indicado</b> _____ _____ _____ _____

<b>Ficha de evolução</b>
--------------------------

