

Ficha de anamnese corporal

Drenagem, massagem modeladora e tratamentos corporais. Preencha antes da primeira sessão.

Nome _____

WhatsApp _____ Nascimento _____

Objetivo do tratamento _____

Saúde e cuidados

Tem pressão alta, diabetes ou problema no coração? ☐ Sim ☐ Não
Qual? _____

Tem varizes, problema de circulação ou já teve trombose? ☐ Sim ☐ Não

Usa marca-passo ou tem implante metálico no corpo? ☐ Sim ☐ Não

Fez cirurgia nos últimos 6 meses? ☐ Sim ☐ Não
Qual e quando? _____

Está grávida ou amamentando? ☐ Sim ☐ Não

Tem alergia a cremes, óleos ou cosméticos? ☐ Sim ☐ Não
Qual? _____

Tem ferida, irritação ou doença de pele na região do tratamento? ☐ Sim ☐ Não

Usa remédio de uso contínuo? ☐ Sim ☐ Não
Qual? _____

Pratica atividade física? ☐ Sim ☐ Não
Quantas vezes por semana? _____

Medidas (cm)

Região	1ª sessão	____/____	____/____	Final
Busto				
Cintura				
Abdômen				
Quadril				
Coxa direita				
Coxa esquerda				
Peso (kg)				

Declaro que as informações acima são verdadeiras e que fui orientada sobre os cuidados durante o tratamento. Na dúvida sobre alguma condição de saúde, converse com o seu médico antes.

Assinatura da cliente

Profissional