

Ficha de anamnese depilação

Depilação com cera e a laser. Preencha antes da primeira sessão e atualize quando algo mudar.

Nome _____

WhatsApp _____ Nascimento _____

Método e regiões

☐ Cera ☐ Laser ☐ Buço ☐ Axilas ☐ Braços ☐ Virilha ☐ Pernas ☐ Costas
☐ Outra: _____

Saúde e cuidados

Tem alergia a cera, resina ou a algum cosmético? ☐ Sim ☐ Não

Qual? _____

Tem diabetes, varizes ou problema de circulação? ☐ Sim ☐ Não

Usa anticoagulante ou outro remédio de uso contínuo? ☐ Sim ☐ Não

Qual? _____

Usou isotretinoína (Roacutan) nos últimos 6 meses ou usa ácidos na pele? ☐ Sim ☐ Não

Está com ferida, irritação, herpes ou foliculite na região? ☐ Sim ☐ Não

Tem tendência a quelóide ou manchas escuras na pele? ☐ Sim ☐ Não

Está grávida ou amamentando? ☐ Sim ☐ Não

Só para laser

Tomou sol ou se bronzeou nas últimas 4 semanas? ☐ Sim ☐ Não

Usa remédio que deixa a pele sensível ao sol (fotossensibilizante)? ☐ Sim ☐ Não

Qual? _____

Tem tatuagem ou pinta na região que vai ser tratada? ☐ Sim ☐ Não

Fototipo: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI

Observações

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

Estas informações são de saúde e ficam só com a equipe que atende, para cuidar do seu atendimento (LGPD, Lei 13.709/2018). Não são compartilhadas.

Assinatura da cliente

Profissional