

Ficha de anamnese facial

Limpeza de pele, peeling, dermaplaning e tratamentos faciais. Preencha antes do procedimento.

Nome _____

WhatsApp _____ Nascimento _____

Procedimento _____ Data _____

Tipo de pele

☐ Oleosa ☐ Mista ☐ Seca ☐ Normal ☐ Sensível

Saúde e cuidados

Tem alergia a algum cosmético, ácido ou produto de pele? ☐ Sim ☐ Não

Qual? _____

Usa ácidos ou retinoides na pele (ácido glicólico, retinol, outros)? ☐ Sim ☐ Não

Qual? _____

Usou isotretinoína (Roacutan) nos últimos 6 meses? ☐ Sim ☐ Não

Tomou sol ou se bronzeou nos últimos dias? ☐ Sim ☐ Não

Está com acne inflamada, rosácea, dermatite ou herpes no rosto agora? ☐ Sim ☐ Não

Fez peeling, laser ou outro procedimento no rosto no último mês? ☐ Sim ☐ Não

Qual? _____

Está grávida ou amamentando? ☐ Sim ☐ Não

Usa remédio de uso contínuo ou tem diabetes ou problema de cicatrização? ☐ Sim ☐ Não

Qual? _____

É a primeira vez que faz este procedimento? ☐ Sim ☐ Não

Hábitos

Usa protetor solar todos os dias? ☐ Sim ☐ Não

Fuma? ☐ Sim ☐ Não

Observações

Declaro que as informações acima são verdadeiras e que fui orientada sobre os cuidados antes e depois do procedimento. 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