

Ficha de anamnese capilar

Data: ____/____/____ N° ____

DADOS DA CLIENTE

Nome completo _____ Data de nascimento _____
Telefone / WhatsApp _____ E-mail _____ Profissão _____
Endereço _____ Como nos conheceu _____

OBJETIVO

O que deseja (corte, cor, alisamento, tratamento...)

SAÚDE E HISTÓRICO

Pergunta	Sim	Não	Qual / observação
Tem alergia a cosméticos, medicamentos, látex ou outra substância?	☐	☐	
Usa algum medicamento contínuo?	☐	☐	
Está gestante ou amamentando?	☐	☐	
Tem diabetes, hipertensão ou problema de tireoide?	☐	☐	
Tem queda de cabelo acentuada?	☐	☐	
Tem caspa, dermatite ou feridas no couro cabeludo?	☐	☐	
Já teve reação a tintura ou química?	☐	☐	
Usa ou usou henna ou tintura metálica?	☐	☐	Quando:
Faz tratamento com remédio para queda ou pele?	☐	☐	

QUÍMICA NOS ÚLTIMOS 12 MESES

Coloração ☐ Não ☐ Sim — cor:
Descoloração / mechas ☐ Não ☐ Sim
Progressiva / alisamento ☐ Não ☐ Sim — produto:
Relaxamento / permanente ☐ Não ☐ Sim

HÁBITOS

Lava o cabelo ☐ Todo dia ☐ Dia sim, dia não ☐ 2x/semana
Usa secador / chapinha ☐ Nunca ☐ Às vezes ☐ Sempre
Piscina / mar ☐ Raramente ☐ Com frequência

AVALIAÇÃO DO CABELO

- Tipo**☐ Liso ☐ Ondulado ☐ Cacheado ☐ Crespo
- Espessura**☐ Fino ☐ Médio ☐ Grosso
- Couro cabeludo**☐ Normal ☐ Oleoso ☐ Seco ☐ Sensível
- Fios**☐ Saudáveis ☐ Porosos ☐ Elásticos ☐ Quebradiços
- Base natural**☐ Nível ____

TESTE DE MECHA E DE SENSIBILIDADE

Produto testado, data e resultado da mecha

Teste de toque (atrás da orelha): data e resultado após 48 h

REGISTRO DE SESSÕES

Data	Serviço	Produtos / fórmula	Observações	Visto

DECLARAÇÃO E CONSENTIMENTO

Declaro que as informações acima são verdadeiras e que fui informada sobre o procedimento, seus cuidados e possíveis reações. Comprometo-me a avisar a profissional sobre qualquer mudança no meu estado de saúde ou nos medicamentos que uso. Estou ciente de que químicas podem alterar a estrutura do fio e de que o resultado depende do histórico informado.

- ☐ Autorizo o uso dos meus dados pessoais e de saúde exclusivamente para a realização e o acompanhamento dos meus atendimentos, conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018).
- ☐ Autorizo o uso de fotos do antes e depois, sem identificação do rosto, para divulgação. ☐ Não autorizo.

Assinatura da cliente

Assinatura da profissional