

Ficha de anamnese corporal

Data: ____/____/____ N° ____

DADOS DA CLIENTE

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

OBJETIVO DO TRATAMENTO

Queixa principal (gordura localizada, celulite, flacidez, retenção, pós-operatório...)

Regiões a tratar

SAÚDE

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 problema circulatório, varizes ou trombose?	☐	☐	
Tem problema cardíaco ou usa marcapasso?	☐	☐	
Tem implante metálico ou prótese?	☐	☐	
Tem problema renal ou hepático?	☐	☐	
Fez cirurgia nos últimos 12 meses?	☐	☐	Qual e quando:
Tem hérnia, lesão ou dor na região a tratar?	☐	☐	
Tem doença de pele ou ferida na região?	☐	☐	
Está em tratamento médico?	☐	☐	

HÁBITOS

Atividade física	☐ Não pratica	☐ 1-2x/semana	☐ 3x ou mais
Alimentação	☐ Equilibrada	☐ Irregular	☐ Faz dieta
Água por dia	☐ Menos de 1 L	☐ 1 a 2 L	☐ Mais de 2 L
Fuma	☐ Não	☐ Sim	
Intestino	☐ Regular	☐ Preso	☐ Solto

MEDIDAS

Peso _____ kg Altura _____ m IMC _____

Região	Início	Sessão ____	Sessão ____	Final
Braço D / E				
Busto				
Cintura				
Abdômen				
Quadril				
Coxa D / E				

AVALIAÇÃO

- Celulite (grau)**

☐ I☐ II☐ III☐ IV
- Flacidez**

☐ Leve☐ Moderada☐ Acentuada
- Retenção**

☐ Não☐ Leve☐ Acentuada
- Estrias**

☐ Não☐ Rosadas☐ Brancas

Protocolo indicado e número de sessões

REGISTRO DE SESSÕES

Data	Procedimento	Aparelho / ativos	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.

☐ 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