Ficha de anamnese para design de sobrancelha

Data: ____/____/______ Nº ______

DADOS DA CLIENTE

Nome completo

Data de nascimento

Telefone / WhatsApp

E-mail

Profissão

Endereço

Como nos conheceu

SAÚDE

Pergunta	**Sim**	**Não**	**Qual / observação**
Tem alergia a cosméticos, medicamentos, látex ou outra substância?	☐	☐	
Usa algum medicamento contínuo?	☐	☐	
Está gestante ou amamentando?	☐	☐	
Tem alergia a henna, tintura ou cosméticos?	☐	☐	
Usa ácidos, retinoides ou isotretinoína?	☐	☐	
Tem dermatite, psoríase ou feridas na região?	☐	☐	
Tem sensibilidade na pele ou irritação com cera?	☐	☐	
Fez micropigmentação ou procedimento na sobrancelha?	☐	☐	Qual e quando:

PREFERÊNCIAS

Formato desejado ☐ Natural ☐ Arqueado ☐ Reto ☐ Grosso ☐ Fino

Método ☐ Pinça ☐ Cera ☐ Linha

Coloração ☐ Nenhuma ☐ Henna ☐ Tintura

Avaliação

Preenchido pela profissional

AVALIAÇÃO

Formato do rosto ☐ Oval ☐ Redondo ☐ Quadrado ☐ Coração ☐ Longo
Fios ☐ Ralos ☐ Médios ☐ Densos
Falhas ☐ Não ☐ Sim — onde:
Pele ☐ Normal ☐ Oleosa ☐ Seca ☐ Sensível

MAPEAMENTO

Início ______ Arco ______ Fim ______ (anote as medidas ou cole a foto)

TESTE DE ALERGIA (HENNA/TINTURA)

Produto, data e resultado após 24 a 48 h

REGISTRO DE SESSÕES

Data	Serviço	Produto / cor	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