

Ficha de anamnese para extensão de cílios

Data: ____/____/____ N° ____

DADOS DA CLIENTE

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

SAÚDE DOS OLHOS

Pergunta	Sim	Não	Qual / observação
Tem alergia a cosméticos, medicamentos, látex ou outra substância?	☐	☐	
Usa algum medicamento contínuo?	☐	☐	
Está gestante ou amamentando?	☐	☐	
Usa lente de contato?	☐	☐	
Tem conjuntivite, blefarite ou irritação frequente nos olhos?	☐	☐	
Fez cirurgia nos olhos nos últimos 6 meses?	☐	☐	Qual: _____
Tem sensibilidade ou alergia a cola ou fita adesiva?	☐	☐	
Usa colírio ou medicamento para os olhos?	☐	☐	
Faz quimioterapia ou tratamento que afete os pelos?	☐	☐	
Tem tique, lacrimejamento ou dificuldade de ficar de olhos fechados?	☐	☐	

HÁBITOS

Dorme ☐ De barriga para cima ☐ De lado ☐ De bruços
Maquiagem nos olhos ☐ Todo dia ☐ Às vezes ☐ Não usa
Já fez extensão ☐ Nunca ☐ Sim — reação?

AVALIAÇÃO DOS CÍLIOS NATURAIS

- Quantidade** ☐ Poucos ☐ Média ☐ Muitos
- Espessura** ☐ Finos ☐ Médios ☐ Grossos
- Direção** ☐ Retos ☐ Para baixo ☐ Irregulares
- Formato dos olhos** ☐ Amendoado ☐ Redondo ☐ Caído ☐ Oriental

TÉCNICA

- Técnica** ☐ Fio a fio ☐ Volume brasileiro ☐ Volume russo ☐ Mega volume
- Curvatura** ☐ C ☐ CC ☐ D ☐ L ☐ Outra ____
- Espessura (mm)** ☐ 0,05 ☐ 0,07 ☐ 0,10 ☐ 0,15
- Tamanhos (mm)** ☐ ____

CUIDADOS INFORMADOS

Não molhar por 24 h; não usar produtos oleosos; escovar diariamente; manutenção a cada 2 a 3 semanas

REGISTRO DE SESSÕES

Data	Aplicação / manutenção	Cola / lote	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