

Ficha de anamnese facial

Data: ____/____/____ N° ____

DADOS DA CLIENTE

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

OBJETIVO DO TRATAMENTO

Queixa principal e o que espera do tratamento

SAÚDE

Pergunta	Sim	Não	Qual / observação
Tem alergia a cosméticos, medicamentos, látex ou outra substância?	☐	☐	
Usa algum medicamento contínuo?	☐	☐	
Usa ou usou isotretinoína (ex.: Roacutan) nos últimos 12 meses?	☐	☐	Quando parou:
Usa ácidos ou retinoides na pele (últimas 2 semanas)?	☐	☐	
Usa anticoagulante ou corticoide?	☐	☐	
Está gestante ou amamentando?	☐	☐	
Tem diabetes, hipertensão ou problema de tireoide?	☐	☐	
Tem doença de pele (dermatite, psoríase, rosácea, vitiligo)?	☐	☐	
Tem herpes labial com frequência?	☐	☐	
Tem epilepsia, marcapasso ou implante metálico no rosto?	☐	☐	
Tem tendência a quelóide ou cicatrização difícil?	☐	☐	
Fez procedimento no rosto nos últimos 6 meses (peeling, laser, preenchimento, toxina)?	☐	☐	Qual e quando:
Está em tratamento dermatológico?	☐	☐	

HÁBITOS

Exposição ao sol ☐ Pouca ☐ Moderada ☐ Muita

Filtro solar ☐ Todos os dias ☐ Às vezes ☐ Não usa

Fuma ☐ Não ☐ Sim — quantos por dia: ____

Água por dia ☐ Menos de 1 L ☐ 1 a 2 L ☐ Mais de 2 L

Sono ☐ Menos de 6 h ☐ 6 a 8 h ☐ Mais de 8 h

Rotina de cuidados em casa (produtos que usa)

Avaliação da pele

Preenchido pela profissional

Fototipo

☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI

Biotipo

☐ Normal ☐ Seca ☐ Oleosa ☐ Mista

Estado

☐ Desidratada ☐ Sensível ☐ Acneica ☐ Envelhecida

Lesões

☐ Comedões abertos ☐ Comedões fechados ☐ Pápulas ☐ Pústulas
☐ Manchas ☐ Cicatrizes ☐ Telangiectasias ☐ Milium

Observações e mapa das lesões

Protocolo indicado e número de sessões

REGISTRO DE SESSÕES

Data	Procedimento	Produtos / 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