

Ficha de anamnese para manicure e pedicure

Data: ____/____/____ N°

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 diabetes, hipertensão ou problema de tireoide?	☐	☐	
Tem diabetes? (cuidado com cortes nos pés)	☐	☐	
Usa anticoagulante?	☐	☐	
Tem micose, fungo ou unha encravada?	☐	☐	
Tem alergia a esmalte, gel, acrílico ou acetona?	☐	☐	
Tem problema de circulação nas mãos ou pés?	☐	☐	
Faz quimioterapia?	☐	☐	

PREFERÊNCIAS

Serviço	☐ Manicure	☐ Pedicure	☐ Esmaltação em gel	☐ Alongamento	☐ Blindagem
Formato	☐ Quadrado	☐ Redondo	☐ Amendoado	☐ Stiletto	☐ Bailarina
Cutícula	☐ Retirar	☐ Só empurrar			

AVALIAÇÃO DAS UNHAS

- Unhas** ☐ Saudáveis ☐ Fracas ☐ Descamando ☐ Manchadas
- Cutícula** ☐ Normal ☐ Ressecada ☐ Inflamada
- Pés** ☐ Normais ☐ Calos ☐ Rachaduras ☐ Unha encravada

BIOSSEGURANÇA

Kit esterilizado aberto na frente da cliente? Sim / Não · Lixa e palito descartáveis? Sim / Não

REGISTRO DE SESSÕES

Data	Serviço	Cor / produto	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