

Ficha de anamnese para micropigmentação

Data: ____/____/____ N° ____

DADOS DA CLIENTE

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

PROCEDIMENTO

Área (sobrancelha, lábios, olhos) e técnica (fio a fio, shadow, nanoblading...)

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?	☐	☐	
Usa anticoagulante, AAS ou corticoide?	☐	☐	
Tem problema de coagulação ou cicatrização?	☐	☐	
Tem tendência a quelóide?	☐	☐	
Tem herpes labial com frequência? (lábios)	☐	☐	
Tem doença autoimune ou imunidade baixa?	☐	☐	
Tem doença infectocontagiosa?	☐	☐	
Usa ou usou isotretinoína nos últimos 12 meses?	☐	☐	Quando parou:
Faz quimioterapia ou radioterapia?	☐	☐	
Já fez micropigmentação ou tatuagem na área?	☐	☐	Quando:
Usa ácidos ou fez peeling na região recentemente?	☐	☐	

AVALIAÇÃO

Fototipo ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI
Pele ☐ Normal ☐ Oleosa ☐ Seca ☐ Madura
Pigmento anterior ☐ Não ☐ Sim — cor atual:

DESENHO E COR

Desenho aprovado pela cliente (medidas ou foto)

Pigmento: marca, cor e lote

CUIDADOS INFORMADOS

Não molhar nem expor ao sol nos primeiros dias; não arrancar as casquinhas; retoque em 30 a 60 dias

REGISTRO DE SESSÕES

Data	Sessão / retoque	Pigmento / 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. Estou ciente de que o resultado varia conforme a pele e de que o retoque faz parte do procedimento.

☐ 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