

Ficha de Avaliação Corporal

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: F ☐ M ☐ Cidade: _____

Endereço: _____ CEP: _____ Bairro: _____

Email: _____ Fone: _____ Comercial: _____ Cel: _____

Nasc: ____ / ____ / ____ Est. Civil: _____ Escolaridade: _____ Profissão: _____

Data da Avaliação: ____ / ____ / ____ Como soube de nós: _____

Indicação: _____

1. Anamnese

Queixa: _____

Antecedentes Patológicos: _____

Antecedentes Familiares: _____

Faz algum tratamento médico: _____

Uso de Medicamentos: S ☐ N ☐ Corticóides ☐ Anti-histamínicos ☐ Horm. Tireóide ☐ Horm. Esteróide ☐

Outros Medicamentos ☐ Quais: _____ Tempo de uso: _____

PA: _____ mmHg - Hipertensão: S ☐ N ☐ Hipotensão: S ☐ N ☐ Diabetes: S ☐ N ☐ Epilepsia: S ☐ N ☐

Cirurgias: S ☐ N ☐ Quais: _____

Alergias: S ☐ N ☐ Quais: _____

Antecedentes Oncológicos: S ☐ N ☐ Quais: _____

Disfunção Hormonal: S ☐ N ☐ Quais: _____

Disfunção Hepática: S ☐ N ☐ Quais: _____

Problemas Ortopédicos: S ☐ N ☐ Quais: _____

Distúrbios Circulatórios: S ☐ N ☐ Quais: _____

Distúrbios Emocionais: S ☐ N ☐ Quais: _____ Stress: S ☐ N ☐ Ansiedade: S ☐ N ☐

Cicatriz Hipertrófica: S ☐ N ☐ Quelóide: S ☐ N ☐

Funcionamento Intestinal: Normal ☐ Irregular ☐ Frequência: _____ Cor: _____ Consistência: _____

Asia: S ☐ N ☐ Má Digestão: S ☐ N ☐ Gastrite: S ☐ N ☐ Úlcera: S ☐ N ☐ Retenção de líquido: S ☐ N ☐

Peso nas pernas: S ☐ N ☐ Cansaço nas pernas: S ☐ N ☐ Dor nas pernas: S ☐ N ☐

Funcionamento Renal: Normal ☐ Irregular ☐ Frequência: _____ Cor: _____ Aspecto: _____

Menstruação: regular ☐ Irregular ☐ Menopausa: S ☐ N ☐ Idade: _____

Método Contraceptivo: _____ Período: _____

Gestante: S ☐ N ☐ Gestações: _____ Filhos: _____ Abortos: _____ Última gestação: ____ / ____ / ____

Portador de Marcapasso: S ☐ N ☐ Portador de Metais: S ☐ N ☐ Locais: _____

Hábitos Alimentares: (1- Não ingere / 2- Ingere esporadicamente / 3- Ingere frequentemente)

☐ Frutas ☐ Verduras ☐ Doces ☐ Salgados ☐ Frituras ☐ Chá Preto/Café ☐ Refrigerante

Alimentação: Normal ☐ Hipocalórica ☐ Hipercalórica ☐ Consumo de Água por dia: _____ Outros Líquidos: _____

Consumo de bebida alcoólica: S ☐ N ☐ Diariamente ☐ Frequentemente ☐ Ocasionalmente ☐

Fumante: S ☐ N ☐ p

Atividade Física: S ☐ N ☐ Quais: _____ vezes por semana: _____

Fica muito tempo sentada: S ☐ N ☐ Cuidados diários com a pele ou corpo: S ☐ N ☐

Produtos usados: _____

Tratamentos estéticos anteriores: S ☐ N ☐ Quais: _____

2. Exame Físico

3. Fotos

Peso: _____ Kg Altura: _____ cm IMC: _____ Gordura Corporal: _____ %

Relação abdômen: _____ cm Membros inferiores _____ / _____ cm membros superiores _____ / _____ cm
_____ cm _____ / _____ cm _____ / _____ cm
_____ cm _____ / _____ cm _____ / _____ cm

3-Prega Cutânea:

Abdômen Superior: _____

Braços: _____

Pernas: _____

Umbigo: _____

Culote: _____

Papada _____

Abdômen Inferior: _____

Glúteos _____

Interno de coxa _____

Flancos: _____

Costas _____

outros _____

4 - Diagnóstico

5. Prescrição

6. Termo de Responsabilidade

Declaro que as informações referentes ao meu estado de saúde, hábitos alimentares e físicos são verdadeiros, isentando o profissional da Estética da responsabilidade por fatos omitidos ou falsos.

Data: ____ / ____ / ____

Ass. do Paciente

Profissional