

Ficha de Avaliação Facial

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: F ☐ M ☐
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____ Fone: _____
Email: _____
Nasc: ____ / ____ / ____ Est. Civil: _____ Escolaridade: _____ Profissão: _____

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

1. Anamnese

Queixa: _____
Diagnóstico Clínico: _____
Faz algum tratamento médico: _____
Cirurgias: S ☐ N ☐ Quais: _____
Alergias: S ☐ N ☐ Quais: _____
Disfunção Hormonal: S ☐ N ☐ Quais: _____
Distúrbios Emocionais: S ☐ N ☐ Quais: _____ Stress: S ☐ N ☐ Ansiedade: S ☐ N ☐
Cicatrizes Hipertróficas (queloides): S ☐ N ☐
Patologias autoimunes: S ☐ N ☐ Quais: _____
Gestante: S ☐ N ☐ Amamentando S ☐ N ☐
Produtos usados: _____
Usa ou já usou ácidos na pele: S ☐ N ☐ Quais: _____
Tratamentos estéticos anteriores: S ☐ N ☐ Quais: _____

2. Exame Físico

3. Fotos

Rugas estáticas: _____ Acne: _____ Rugas dinâmicas: _____ Poros dilatados: _____
Manchas pigmentares: _____ Acne: _____ Comedões: _____

3. Avaliação da Pele

Quanto a hidratação: ☐ desidratada ☐ normal
Quanto ao grau de oleosidade: ☐ líptica ☐ lipídica ☐ oleosa ☐ seca ☐ borréica ☐ normal
Quanto à espessura: ☐ espessa ☐ normal ☐ muito fina
Fototipo de pele: ☐ I (loira/ruiva) ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI

4. Prescrição

5. 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.

Ass. do Paciente