

FICHA DE ANAMNESE PARA BRONZEAMENTO

Preencha com a cliente antes do primeiro procedimento e confirme as mudanças a cada retorno.

IDENTIFICAÇÃO

Nome completo *

Data de nascimento *

Telefone / WhatsApp *

E-mail

Profissão

Como conheceu a clínica

() Indicação () Instagram () Google () BeautyPlace () Outro

HISTÓRICO DE SAÚDE GERAL

Doenças diagnosticadas

() Diabetes () Hipertensão () Cardíaca () Autoimune () Epilepsia () Câncer / em tratamento () Tireoide () Nenhuma

Cirurgias (quais e quando)

☐ Gestante ou amamentando () Sim () Nao
☐ Marca-passo ou prótese metálica () Sim () Nao

Medicamentos em uso

☐ Usa anticoagulante / AAS () Sim () Nao
☐ Usou isotretinoína nos últimos 12 meses () Sim () Nao

Alergias (medicamentos, cosméticos, látex, metais, anestésicos)

HÁBITOS

Exposição ao sol

() Raramente () Semanal () Diária

☐ Fuma () Sim () Nao

Consome álcool

() Não () Socialmente () Frequentemente

Atividade física

() Não pratica () 1-2x/semana () 3x ou mais

Ingestão de água (copos/dia)

Horas de sono

TRATAMENTOS ESTÉTICOS ANTERIORES E EXPECTATIVA

Tratamentos estéticos anteriores (o quê, quando, reação)

Queixa principal *

Resultado esperado

AVALIACAO_BRONZEAMENTO

Modalidade

☐ Bronze natural (sol) ☐ Bronze a jato (spray) ☐ Ambos

Fototipo (Fitzpatrick)

☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI

Como a pele reage ao sol

☐ Sempre queima ☐ Queima fácil ☐ Queima às vezes ☐ Queima pouco ☐ Raramente queima ☐ Nunca queima

☐ Já teve queimadura solar com bolhas

☐ Sim ☐ Nao

☐ Isotretinoína (Roacutan) nos últimos 12 meses

☐ Sim ☐ Nao

Medicamentos que aumentam a sensibilidade ao sol (antibiótico, anti-inflamatório, anticoncepcional, outros)

Histórico pessoal ou familiar de câncer de pele

Pintas que mudaram ou lesões na pele (onde)

Lúpus, vitiligo, melasma ou outra doença de pele

☐ Fez bronze (sol, fita ou jato) nos últimos 7 dias

☐ Sim ☐ Nao

☐ Ácidos, retinoides ou clareadores nos últimos 15 dias

☐ Sim ☐ Nao

Alergia a DHA, bronzeadores, fitas adesivas ou cosméticos

Tatuagem, cicatriz ou procedimento recente (menos de 30 dias)

☐ Maior de 18 anos (documento conferido)

() Sim () Nao

Marquinha / modelo escolhido

Tom desejado (jato)

() Claro () Médio () Escuro () Extra escuro

Tempo inicial por lado definido pela profissional (min)

Foto do antes

Cole ou anexe a foto (ou registre no EsteticFlow)

TERMO DE CONSENTIMENTO

☐ Declaro que as informações são verdadeiras, que fui informada sobre o procedimento, seus riscos e cuidados, e autorizo sua realização. Autorizo o uso dos meus dados para o atendimento, conforme a LGPD. *

() Sim () Nao

☐ Autorizo o uso das fotos do antes e depois para divulgação (opcional)

() Sim () Nao

Data *

Assinatura da cliente *

Assinatura da profissional *

* campo obrigatório