

JEANE BRAZ COSMETICS <i>Dermocosméticaenzimática Avançada</i> Protocolo de Flacidez Corporal · Pós-GLP-1 & Bariátrico	Data de atendimento:
	Licenciada / Clínica:
	Sessão nº:

A **Identificação do Paciente**
Dados pessoais e contato

Nome completo: _____

Data de nascimento: _____

Telefone / WhatsApp: _____

E-mail: _____

Instagram: _____

Como conheceu a JBC? _____

B **Histórico de Emagrecimento**
Dados do processo de perda de peso

Peso atual (kg): _____ Peso máximo (kg): _____ Total perdido (kg): _____ Altura (m): _____

Período do emagrecimento: _____ IMC atual: _____

Modalidade de emagrecimento — marque todos que se aplicam:

- Tirzepatida (Mounjaro / Zepbound)
- Semaglutida (Ozempic / Wegovy)
- Cirurgia bariátrica — Bypass gástrico
- Cirurgia bariátrica — Sleeve gástrico
- Cirurgia bariátrica — Banda gástrica
- Dieta hipocalórica sem medicação
- Combinação de métodos
- Outro: _____

Tempo de uso do GLP-1: _____

Está em uso ativo? Sim Não Dose: _____

Endocrinologista responsável: _____

C

Histórico de Saúde

Condições médicas, medicamentos e suplementação

Condições de saúde existentes — marque o que se aplica:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hipotireoidismo | <input type="checkbox"/> Hipertireoidismo |
| <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2 | <input type="checkbox"/> Síndrome metabólica |
| <input type="checkbox"/> Lipedema | <input type="checkbox"/> Linfedema |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial | <input type="checkbox"/> Cardiopatia / marcapasso |
| <input type="checkbox"/> Dislipidemia | <input type="checkbox"/> SOPK |
| <input type="checkbox"/> Deficiência de vitaminas (B12, D, ferro) | <input type="checkbox"/> Histórico de anemia |
| <input type="checkbox"/> Câncer (em tratamento ou histórico recente) | <input type="checkbox"/> Gravidez ou amamentação |
| <input type="checkbox"/> Nenhuma das anteriores | <input type="checkbox"/> Outra: _____ |

Medicamentos de uso contínuo (além do GLP-1):

Suplementação atual:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Colágeno hidrolisado | <input type="checkbox"/> Vitamina C |
| <input type="checkbox"/> Vitamina D | <input type="checkbox"/> Zinco |
| <input type="checkbox"/> Vitamina B12 | <input type="checkbox"/> Ferro |
| <input type="checkbox"/> Ômega-3 | <input type="checkbox"/> Proteína em pó (whey/vegana) |
| <input type="checkbox"/> Nenhuma | <input type="checkbox"/> Outra: _____ |

D

Avaliação da Pele e Tegumento

Condição atual da pele corporal

Tipo de pele corporal (autopercepção):

- Normal Seca / Ressecada Oleosa

- Mista Sensível / Reativa Muito desidratada

Queixas dermatológicas — marque todas que apresenta:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Flacidez abdominal | <input type="checkbox"/> Flacidez em membros superiores (braços) |
| <input type="checkbox"/> Flacidez em coxas e glúteos | <input type="checkbox"/> Flacidez em joelhos |
| <input type="checkbox"/> Estrias recentes (violáceas / vermelhas) | <input type="checkbox"/> Estrias antigas (atróficas / peroladas) |
| <input type="checkbox"/> Celulite grau 1 ou 2 | <input type="checkbox"/> Celulite grau 3 ou 4 |
| <input type="checkbox"/> Pele muito fina / frágil / translúcida | <input type="checkbox"/> Descamação / xerodermia intensa |
| <input type="checkbox"/> Acanthosis nigricans | <input type="checkbox"/> Hiperpigmentação corporal |
| <input type="checkbox"/> Cicatrizes cirúrgicas (bariátrica) | <input type="checkbox"/> Xantomas / depósitos lipídicos |

Alterações percebidas após início do emagrecimento:

Procedimentos estéticos realizados anteriormente:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Drenagem linfática | <input type="checkbox"/> Radiofrequência corporal |
| <input type="checkbox"/> Ultrassom cavitacional | <input type="checkbox"/> Criolipólise |
| <input type="checkbox"/> Massagem modeladora | <input type="checkbox"/> Carboxiterapia |
| <input type="checkbox"/> Enzimoterapia | <input type="checkbox"/> Nenhum |
| <input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> |

Produtos cosméticos corporais de uso atual:

E

Hábitos e Estilo de Vida

Rotina, hidratação e atividade física

Ingestão de água por dia
(litros): _____

Horas de sono por
noite: _____

Atividade física regular:

- Sedentária
- Caminhada / atividade leve
- Musculação
- Pilates / Yoga
- Cardio intenso / corrida
- Treino funcional / HIIT

Qualidade alimentar (autopercepção):

- Alimentação equilibrada
- Restrição calórica intensa
- Rica em ultraprocessados
- Vegana / vegetariana
- Dificuldade de ingestão proteica
- Usa acompanhamento nutricional

F

Objetivos com o Protocolo

O que a paciente deseja alcançar

- Melhora da flacidez abdominal
- Redução e tratamento de estrias
- Remodelação corporal geral
- Recuperação pós-cirúrgica
- Firmeza e tonicidade geral
- Melhora da textura e hidratação
- Melhora de celulite
- Autoestima e bem-estar

Grau de expectativa da paciente:

- Realista e bem orientada
- Alta expectativa — necessita orientação clínica

Observações da esteticista / avaliação inicial:

G

Termo de Ciência e Consentimento

Autorização e declaração da paciente

Declaro que as informações fornecidas nesta ficha são verdadeiras e completas. Autorizo a realização do protocolo de tratamento proposto, afirmando ter recebido orientações claras sobre os procedimentos, indicações, possíveis contraindicações e cuidados necessários antes, durante e após o tratamento. Estou ciente de que os resultados podem variar individualmente e que a adesão aos cuidados domiciliares é parte fundamental do protocolo.

Assinatura da Paciente / Data

Assinatura da Profissional / Carimbo