

DADOS PESSOAIS

Nome:		Sexo:	
Endereço:		Cidade:	
Bairro:		CEP:	
Tel/ Cel.:		Profissão:	
Estado civil:		Email:	
Data Nascimento		Indicação:	
Idade:		Data:	

QUEIXA PRINCIPAL: _____**ANTECEDENTES:**

- | | | | |
|---|---|--|---|
| ☐ Hipertensão | ☐ Patologia pulmonar | ☐ Gravidez atual | ☐ Lentes de contato |
| ☐ Hipotensão | ☐ Patologia cardíaca | ☐ TPM | ☐ Diabetes |
| ☐ Hipertireoidismo | ☐ Ovário policístico | ☐ Ansiedade | ☐ Probl. circulatório |
| ☐ Hipotireoidismo | ☐ Rinite alérgica | ☐ Patologia uterina | ☐ Doença Autoimune |
| ☐ Uso de marcapasso | ☐ Menopausa | ☐ Epilepsia | ☐ Herpes labial |
| ☐ Patologia renal | ☐ Tumor ou câncer | ☐ Histerectomia | ☐ Probl. coluna |
| ☐ Patologia hepática | ☐ Constipação | ☐ Osteoporose | ☐ Gastrite/úlcera |
| ☐ Fumante | ☐ Etilista (bebida) | ☐ Sedentarismo | ☐ Aparelho ortodôntico |
| ☐ Prótese dentária | ☐ Implante metálico | | |

TRATAMENTOS RECENTES:

- | | | | | | |
|---|--|---------------------------------------|--|--------------------------------|--|
| ☐ Dermatológico | ☐ Cirurgia plástica | ☐ Ginecológico | ☐ Endócrino | ☐ Botox | ☐ Preenchimento |
| ☐ Procedimento minimamente invasivo: _____ | | | ☐ Outros: _____ | | |

PADECE DE ALGUMA PATOLOGIA CUTÂNEA: ☐ Não ☐ Sim. Qual: _____**INGESTA DE ÁGUA:** ☐ Não ☐ Sim. Frequência: _____**COSTUMA TOMAR SOL** ☐ Não ☐ Sim. Frequência: _____**COSMÉTICOS** ☐ Não ☐ Sim. Quais/ Frequência: _____**PROTETOR SOLAR:** ☐ Não ☐ Sim. Qual/ Frequência: _____**MAQUIAGEM:** ☐ Não ☐ Sim. Qual/ Frequência: _____**ÁCIDOS/ CLAREADORES:** ☐ Não ☐ Sim. Qual/ Frequência: _____**USO DE MEDICAMENTOS:**

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Anticoncepcional | ☐ Calmante/tranquilizante | ☐ Reposição hormonal |
| ☐ Antibióticos | ☐ Antiinflamatório | ☐ Insulina/antidiabético |
| ☐ Anticonvulsivante | ☐ Derivados de Vit A (Roacutan) | ☐ Outros _____ |

ANTECEDENTES ALÉRGICOS:

- | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Cosméticos | ☐ Alimentos | ☐ Medicamentos | ☐ Poeira | ☐ Outros _____ |
|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|

ASS. CLIENTE / RESPONSÁVEL_____
ASS. PROFISSIONAL

EXAME FÍSICO

FOTOTIPO (FITZPATRICK):

- () Tipo 0 – Branca/ Albina
() Tipo I – Muito Sensível – queima facilmente e nunca bronzeia.
() Tipo II – Sensível – queima moderadamente e pigmenta levemente.
() Tipo III A – Normal – queima moderadamente, bronzeia moderadamente (loira com tonalidades mais claras).
() Tipo III B – Normal – queima moderadamente, bronzeia moderadamente (castanho clara).
() Tipo IV – Queima pouco, bronzeia com facilidade.
() Tipo V – Queima raramente , bronzeia bastante.
() Tipo VI – Nunca queima, totalmente pigmentada.

BIOTIPO: () Eudérmica () Alípica () Lipídica () Mista () seborreica
ACNE: () Ausente () Grau I () Grau II () Grau III () Grau IV
POROS: () Normal () Diminuído () Dilatado
MANCHAS: () Acromia () Hipocromia () Hiperchromia () Melasma/Cloasma () Efélides
() Melanose Solar () Hiperpigmentação Pós-Inflamatória () Melanose Senilsolar - braços

LESÕES: () Comedões fechados () Comedões abertos () Milium () Cisto
() Pápulas () Pústulas () Vesícula () Telangiectasia
() Verruga () Petéquia () Cicatriz () Seringoma/Xantelasma
() Hipertricose () Psoríase () Foliculite () Dermatite
() Rosácea () Descamação () Angioma rubi
() Hisurtismo () Nevo () Ceratose seborreica/ nigra
() Fitofotomelanose () Crostas () Escoriações () Fissuras

Olheiras: () Não () Sim () Melânica () Vascular () Mista () Constitucional

RUGAS: () Não () Sim
() Estéticas () Dinâmicas () Gravitacionais

Localização: () Glabellar () Frontal () Malar () Periocular
() Perioral () Nasogeniano () Mentoniana () Cervical anterior

Classificação de Tsuji:
() Superficial – desaparece ao estiramento da pele. () Profunda – não desaparece ao estiramento da pele.

FLACIDEZ DE PELE: () Não () Sim. Localização: _____

TÔNUS MUSCULAR: () Hipotônico () Normal () Hipertônica

AVALIAÇÃO PALPATÓRIA: () Lisa () Aspera () Fina

HIDRATAÇÃO: () Superficial () Profunda _____ % _____ % _____ %

LÂMPADA DE WOOD: () Azul Claro () Esbranquiçado () Escura () Rosa fluorescente

SENSIBILIDADE: () Não () Sim. Localização: _____

TERAPIA COM MICROAGULHAS:

OBJETIVO:

TAMANHO DA AGULHA: Inicial _____ mm Intermediário: _____ mm Final: _____ mm

LOCALIZAÇÃO A SER MICROAGULHADA: () Face toda () Face, pescoço e colo () Região de malar

() Colo () Frontal () Mãos

RECOMENDAÇÃO PÓS- MICROAGULHAMENTO:

INTERCONRRÊNCIAS: () Sangramento em excesso () Hematoma () Equimose () Hiperpigmentação Pós-Inflamatória
() Reações Alérgicas () Eritema Constante

NOME DO CLIENTE: _____

DESCREVA PASSO-A-PASSO O PROTOCOLO DE TRATAMENTO PROPOSTO :

FISIOPATOLOGIA DO TRATAMENTO:

MECANISMO DE AÇÃO DOS PRINCIPIOS ATIVOS:

MECANISMO DE AÇÃO DOS EQUIPAMENTOS:

[illegible][illegible][illegible]