

FICHA DE ANAMNESE

Data: ____ / ____ / ____

DADOS PESSOAIS

Nome:	Idade:	
Endereço:	CEP:	
Bairro:	Cidade:	Estado:
Tel.Res. ()	Tel.Com. ()	Cel. ()
Data de nasc.	Profissão:	Estado Civil:
E- mail:		

Queixa: _____ Duração: _____

HÁBITOS DIÁRIOS

Tratamento estético anterior: () Sim () Não Qual: _____

Usa lentes de contato: () Sim () Não

Utilização de cosméticos: () Sim () Não Qual: _____

Exposição ao sol: () Sim () Não Filtro solar: () Sim () Não Frequência: _____

Tabagismo: () Sim () Não Quantidade de cigarros/dia: _____

Ingere bebida alcoólica: () Sim () Não Frequência: _____

Funcionamento intestinal: () 1-2 vezes / semana () 3-4 vezes / semana

() 1-2 vezes / dia () mais de 3 vezes / dia

Qualidade do sono: () Boa () Regular () Péssima - Quantas horas / noite: _____

Ingestão de água (copos / dia): _____ Alimentação: () Boa () Regular () Péssima

Alimentos de preferência: _____ Pratica Atividade física? () Sim () Não

Que Tipo: _____ Qual frequência: _____

Uso de anticoncepcional: () Sim () Não Qual: _____

Data do primeiro dia da última menstruação: ____/____/____ Gestante: () Sim () Não

Gestações: () Sim () Não Quantas: _____ A quanto tempo: _____

ANOTAÇÕES:

HISTÓRICO CLÍNICO

Tratamento médico atual: () Sim () Não Medicamentos em uso: _____

Antecedentes alérgicos: () Sim () Não Quais: _____

Portador de marcapasso: () Sim () Não

Alterações cardíacas: () Sim () Não Quais: _____

Hipo/hipertensão arterial: () Sim () Não

Distúrbio circulatório: () Sim () Não Qual: _____

Distúrbio renal: () Sim () Não Qual: _____

Distúrbio hormonal: () Sim () Não Qual: _____

Distúrbio gastro- intestinal: () Sim () Não Qual: _____

Epilepsia- convulsões: () Sim () Não Frequência: _____

Alterações psicológicas/ psiquiátricas: () Sim () Não Quais: _____

Estresse: () Sim () Não Obs. _____

Antecedentes oncológicos: () Sim () Não Qual: _____

Diabetes: () Sim () Não Tipo: _____

Algum tipo de doença: () Sim () Não Qual: _____

TRATAMENTO DA MEDICINA ESTÉTICA E CIRÚRGICA

Implante dentário: () Sim () Não Qual: _____

Tratamentos Dermatológico/ Estético: () Sim () Não Qual: _____

Cirurgia Plástica Estética : () Sim () Não Qual: _____

Cirurgia Reparadora: () Sim () Não Qual: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu _____, declaro ter sido informado (a) claramente e ciente sobre todos os benefícios, os riscos, as indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais e advertências gerais, relacionados ao tratamento de _____. Comprometo-me a seguir todas as orientações e a fazer uso de todos os produtos contidos em minha prescrição domiciliar. As declarações acima são verdadeiras, não cabendo ao profissional a responsabilidade por informações omitidas.

Assinatura do paciente / Data / CPF

Assinatura do profissional