

FICHA DE ANAMNESE PARA PROCEDIMENTO DE MICROPUNTURA

DADOS PESSOAIS

NOME:	DATA NASCIMENTO	/	/
RG:	PROFISSÃO:		
CPF:	TELEFONE(S):	EMAIL:	
ENDEREÇO:			

SAÚDE

1) É PORTADOR DE ALGUMA ENFERMIDADE ATUALMENTE?
 SIM NÃO
QUAL? _____

2) JÁ FEZ ALGUM PROCEDIMENTO OU CIRURGIA NO LOCAL? SIM NÃO
QUAL? _____

3) PRIMEIRA MICROPUNTURA NO LOCAL? SIM NÃO

4) POSSUI ALGUM TIPO DE ALERGIA? (COSMÉTICO, MEDICAMENTO, XAMPU, CREMES, ETC...) SIM NÃO
QUAL? _____

5) TOMA ASPIRINA OU AAS? SIM NÃO

6) POSSUI ALGUM PROBLEMA CARDÍACO? SIM NÃO

7) TEM OU JÁ TEVE ANEMIA*? SIM NÃO

8) TEM OU JÁ TEVE TUMORES CANCERÍGENOS*? SIM NÃO

9) DEPRESSÃO? SIM NÃO

10) É DIABÉTICO*? SIM NÃO

11) É EPILÉTICO? SIM NÃO

12) É PORTADOR DE HIV*? SIM NÃO

13) É PORTADOR DE HEPATITE*? SIM NÃO

14) USA ALGUM TIPO DE ÁCIDO NO LOCAL A SER TRATADO? SIM NÃO

15) É PORTADOR DE LÚPUS*? SIM NÃO

16) POSSUI HERPES? SIM NÃO

17) POSSUI MELASMA? SIM NÃO

18) É HIPERTENSO? SIM NÃO

19) É FUMANTE? SIM NÃO

20) POSSUI PROBLEMA RENAL? SIM NÃO

21) POSSUI PROBLEMA RESPIRATÓRIO? SIM NÃO

22) POSSUI QUELÓIDE? SIM NÃO

23) POSSUI PRÓTESES METÁLICAS? SIM NÃO

24) É HEMOFÍLICO? SIM NÃO

25) POSSUI MARCA PASSO*? SIM NÃO

26) ROACUTAM*? SIM NÃO

27) REUMATISMO INFECCIOSO*? SIM NÃO

28) ALGUM PRODUTO INJETADO NOS ÚLTIMOS MESES NA REGIÃO? SIM NÃO
QUAL? _____

SÓ MULHERES

29) ESTÁ GRÁVIDA OU AMAMENTANDO*? SIM NÃO

30) ESTÁ MENSTRUADA*? SIM NÃO

31) UTILIZA PÍLULA ANTICONCEPCIONAL OU FAZ REPOSIÇÃO HORMONAL? SIM NÃO

PRODUTOS PARA A PELE QUE UTILIZA DIARIAMENTE: _____

EXISTE ALGUM PROBLEMA QUE JULGUE SER NECESSÁRIO INFORMAR? _____

AVALIAÇÃO

QUEIXA: _____

QUADRO CLÍNICO: _____

TRATAMENTO: FLACIDEZ ESTRIAS LINHAS DE EXPRESSÃO RUGAS CICATRIZES MANCHAS NA PELE

SOBRANCELHAS TÉCNICA MICROBLADING

CLASSIFICAÇÃO DE ESTRIA/CICATRIZ:

LARGURA: _____ TEXTURA: _____ COR: _____ PROFUNDIDADE: _____

AUTORIZAÇÃO

1. DECLARO QUE SÃO VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES ACIMA E INDEPENDENTE DAS MINHAS INFORMAÇÕES SEREM POSITIVAS OU NEGATIVAS, CONFIRMO O MEU DESEJO DE EXECUTAR O TRABALHO MICROPUNTURA COM A **ROBERTA BRITO**.
2. O PROCEDIMENTO E TODAS AS IMPLICAÇÕES RELATIVAS AO MESMO ME FORAM ESCLARECIDAS E ESTOU CIENTE DAS MINHAS CONDIÇÕES PSICOLÓGICAS E FÍSICAS, FICANDO ASSIM O PROFISSIONAL E O ESTABELECIMENTO ISENTOS DE QUALQUER RESPONSABILIDADE QUANTO ÀS REAÇÕES QUE POR VENTURA EU VENHA APRESENTAR.
3. NÃO ME ENQUADRO NA LISTA DE CLIENTES DE RISCO, NÃO APRESENTO NENHUMA DOENÇA INFECTOCONTAGIOSA, NÃO APRESENTO NENHUM SINTOMA DE DEBILIDADE IMUNOLÓGICA, NEM SOU DEPENDENTE DE ÁLCOOL OU DROGAS.
4. ASSUMO A RESPONSABILIDADE NOS PROCEDIMENTOS PÓS-MICROPUNTURA, POIS AFIRMO QUE SEGUIREI AS INSTRUÇÕES.
5. AO INICIAR O PROCEDIMENTO, A PROFISSIONAL ASSUME COMPROMISSO DE INFORMAR DE MOSTRAR OS PRODUTOS OU OS PIGMENTOS QUE FORAM SELECIONADOS. SERÁ OFERECIDO UM TESTE DE SENSIBILIDADE PARA MINHA SEGURANÇA, ONDE TEREI QUE AGUARDAR POR PELO MENOS POR 48 HORAS PARA REALIZAR O PROCEDIMENTO, CASO EU JULGAR DESNECESSÁRIO, ASSUMIREI A TOTAL RESPONSABILIDADE NO TOCANTE A REAÇÃO QUE MINHA PELE PODERÁ VIR A SOFRER.
6. AUTORIZO GRATUITAMENTE A EXIBIÇÃO DA IMAGEM DO PROCEDIMENTO (A FOTO SERÁ RECORTADA) DE MANEIRA QUE O MEU ROSTO NÃO SERÁ RECONHECIDO, PARA PROPAGANDA EM QUALQUER VEÍCULO DE COMUNICAÇÃO.
7. CERTIFICO QUE TODOS OS ITENS ACIMA ME FORAM EXPOSTOS E QUE NÃO FICOU NENHUMA DÚVIDA QUANTO AO SEU CONTEÚDO E OBJETIVO. ASSIM SENDO FIRMO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.
8. OS ITENS COM OS QUAIS NÃO CONCORDEI, RISCAREI COM CANETA E ELES PERDERÃO O VALOR NESTE DOCUMENTO.

DATA: / /

ASSINATURA PACIENTE: _____

PAGAMENTO

FORMA PAGAMENTO:

CARTÃO DE CRÉDITO CARTÃO DE DÉBITO À VISTA CHEQUE PARCELAMENTO EM DINHEIRO

OBS:

HOME CARE

COMPRA DE PRODUTOS PARA HOME CARE:

PROTOCOLO DE TRATAMENTO

SESSÃO	DATA / /
TRATAMENTO	
REGIÕES	TÉCNICA
ATIVO	AGULHA
HOME CARE	
RESULTADO	

SESSÃO	DATA / /
TRATAMENTO	
REGIÕES	TÉCNICA
ATIVO	AGULHA
HOME CARE	
RESULTADO	

SESSÃO	DATA / /
TRATAMENTO	
REGIÕES	TÉCNICA
ATIVO	AGULHA
HOME CARE	
RESULTADO	

SESSÃO	DATA / /
TRATAMENTO	
REGIÕES	TÉCNICA
ATIVO	AGULHA
HOME CARE	
RESULTADO	

SESSÃO	DATA / /
TRATAMENTO	
REGIÕES	TÉCNICA
ATIVO	AGULHA
HOME CARE	
RESULTADO	

SESSÃO	DATA / /
TRATAMENTO	
REGIÕES	TÉCNICA
ATIVO	AGULHA
HOME CARE	
RESULTADO	