

Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Data de nascimento: _____ CPF: _____ RG: _____ Endereço: _____ CEP: _____ Cidade/UF: _____ Bairro: _____
 Telefone fixo: _____ Celular: _____ Estado civil: _____ Profissão: _____ Nome e contato do cônjuge: _____ Tem filhos? _____
 Quantos e qual a idade? _____ Contato para emergência: _____ Profissional responsável: _____

Queixa principal:

- () Linhas de expressão () Manchas
 () Flacidez () Envelhecimento precoce
 () Desidratação () Sequelas de Acne / cicatriz atrófica
 () outra _____

Histórico de dermatite ou câncer de pele:

- () Não
 () Sim, liberado pelo médico dermatologista para tratamento estético
 () Sim, sem liberação médica para tratamentos estéticos

Histórico de doenças:

- () Nenhuma

Hipertireoidismo

- () Sim, porém faz tratamento () Sim, porém não faz tratamento

Hipotireoidismo

- () Sim, porém faz tratamento () Sim, porém não faz tratamento
 () Diabetes – controlada? _____

Hipertensão

- () Sim, porém faz tratamento () Sim, porém não faz tratamento
 () Hipotensão () Alergias – a quê? _____
 () Epilepsia () Portador de marcapasso
 () Portador de HIV () Portador de Hepatite B ou C
 () Portador de implantes metálicos na cabeça / pescoço
 () Psoríase com lesões em face
 () Outras _____

Uso de medicamentos: () Nenhum

Anticoncepcionais

- () Sim, orais, adesivos (path) ou injetáveis () Sim, contraceptivo local
 () Tratamento contínuo com Corticosteroides
 () Isotretinoína (Roacutan)
 () Outros _____

Gestante:

- () Não () Sim – idade gestacional _____
 Liberação para tratamentos estéticos? _____

Alteração hormonal

- () Menopausa () Ovário policístico () Andropausa () Nenhuma

Cirurgias plásticas

- () Pré-operatório de lifting ou blefaroplastia

Pós-operatório no último 1 ano

- () Ritidoplastia/Lifting () Blefaroplastia
 () Rinoplastia () Pós-operatório imediato de cirurgia facial

Fototipo Pele (escala de Fitzpatrick)

- () I () II () III () IV () V () VI

Tipo de Pele:

- () Eudérmica () Alípica
 () Lipídica () Mista

Sequela de acne: () Sem histórico

Hidratação Cutânea: () Hidratada () Desidratada

Exposição solar atual: () Pouca () Média () Muita

Hábito de proteção solar: () Não usa

- () Uso diário – quantas reaplicações? _____
 () Uso esporádico – quando? _____
 () Uso somente quando se expõe ao sol

Histórico de Cicatrização (se cicatriz na face):

- () Sem histórico
 () Cicatrização hipotrófica
 () Cicatrização hipertrófica

Hiperchromia: () Sim

- () Hiperchromia pós inflamatória/pós-traumática () Manchas solares
 () Manchas gravidez (cloasma)
 () Melasma – profundidade: _____

Luz de Wood:

- () Azul – pontos normais
 () Branco – pele espessada
 () Roxo fluorescente – desidratação
 () Marrom – pigmentação (mais claro mais profundo)
 () Laranja – oleosidade
 () Amarelo – acne
 () Roxo escuro em grandes áreas – maquiagem ou protetor solar

Pele sensível:

- () Não () Sim
 () Dermatite seborreica () Telangiectasia
 () Rosácea/Couperose () Eritema
 () Descamação

Envelhecimento

- () Ainda não apresenta sinais de envelhecimento
 () Estágio I – Leve () Estágio II - Moderado
 () Estágio III – Avançado () Estágio IV - Severo

Flacidez Facial Tissular:

- () Ausente () Leve () Moderada () Grave

Espessura da Epiderme: () Fina () Normal () Espessa

Linhas de Expressão: () Ausente

Presente/Localização

- () Glabellar () Frontal () Periorbicular () Perioral

Apresentam-se:

- () Estática () Dinâmica () Superficial () Profunda

Olheiras:

- () Ausente () Sim, origem melânica
 () Sim, origem vascular () Sim, origem mista

Uso de maquiagem:

- () Usa maquiagem – Qual a frequência? _____
 Retira a maquiagem? _____
 Como retira a maquiagem? _____

Consumo de água:

- () Ingere mais de 2 litros de água por dia
 () Ingere de 1 a 2 litros de água por dia
 () Ingere menos de 1 litro de água por dia

Histórico de tabagismo:

- () Nunca fumou
 () Fumante ativo – quantos cigarros por dia? _____

Consumo de bebidas alcoólicas:

- () Não ingere () 1 a 2 doses/semana
 () 3 a 5 doses/semana () mais de 5 doses/semana

Estresse: () Sim () Não

Protocolo Sugerido	
1° sessão	
2° sessão	
3° sessão	
4° sessão	
5° sessão	
6° sessão	
7° sessão	
8° sessão	
9° sessão	
10° sessão	

Início do tratamento: _____ Reavaliação: _____

Término do tratamento: _____

Estou de acordo com a veracidade das informações acima relacionadas e concordo com a sugestão do tratamento proposto.

Local e data: _____

Assinatura do Paciente: _____

Assinatura do Responsável: _____

Produtos indicados para o tratamento contínuo e relatórios de aplicação: _____