

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: _____

Tratamentos estéticos anteriores:

Tratamentos estéticos anteriores para acne:

() Sim () Não Quais: _____

Obteve resultados: () Sim () Não

Meses após esse tratamento, os resultados se mantiveram:

() Sim () Não

Meses após esse tratamento, houve piora: () Sim () Não

Meses após esse tratamento, os sintomas voltaram: () Sim () Não

Histórico de acne na família:

Algum membro da Família possui acne? () Sim () Não

Grau Parentesco: _____

Histórico Patológico

() Alérgicos () Cirúrgicos () Diabetes () Digestivos
 () Endócrinos (Androgenismo) () Hirsutismo
 () Síndrome do Ovário Policístico () Ginecológicos () Hipertensão
 () Hipotensão () Neoplasia () Neurológicas () Estresse
 () Doenças autoimunes Médico responsável: _____
 Fone: _____

Ciclo Menstrual: () Regular () Irregular

Sente piora na acne nesse período: () Sim () Não

Hábitos - Perfil da sua alimentação

() Saudável () Consome frituras () Consome Doces
 () Consome alimentos gordurosos (maionese, amendoim, manga)
 () Alimentos Integrais () Verduras () Frutas

Consumo de Água:

() Menos que um litro () Entre um litro a dois litros
 () Mais que dois litros

Consumo de Bebidas Gaseificadas (Refrigerante, Energético):

() Nunca () Com frequência () No finais de semana () Todos os dias

Consumo de Leite

() Nunca () Com frequência () No finais de semana () Todos os dias

Consumo de Bebidas Alcoólicas:

() Nunca () Com frequência () Nos finais de semana () Todos os dias

Fotoproteção

Faz uso diário: () Sim () Não Marca: _____

Sente a pele oleosa com uso: () Sim () Não

Perfil do sono

() Tranquilo () Inquieto Número de horas: _____

Usa medicamentos: () Sim () Não Quais: _____
 () Isotretinoína (Roacutan) () Já utilizou Há quanto tempo: _____
 () Anticoncepcionais orais Qual: _____
 () Anti-inflamatório () Antibiótico Qual: _____
 () Nunca utilizou () Utiliza com frequência
 () Utiliza sempre que necessário

Usa cosméticos:

Higiene: () Sim () Não Quais: _____
 Quantas vezes ao dia: _____ Esfoliação: () Sim () Não
 Quais: _____
 Loções: () Sim () Não Quais: _____
 Outros: _____

Usa maquiagem: () Sim () Não

Quais: () Base () Pó () Pó compacto () Maquiagem antiacne

Dorme de maquiagem: Sim () Não ()

Higieniza os pincéis e esponjas de maquiagem: Sim () Não ()

Exame Clínico

Idade do aparecimento da acne:

Seborreia: () Pastosa () Seca Comedões: () Abertos () Fechados
 Quantos: _____ Região: _____

Escoriações: () Sim () Não Quantos: _____ Região: _____
 Pústulas: () Sim () Não Quantos: _____ Região: _____
 Pápulas: () Sim () Não Quantos: _____ Região: _____
 Nódulos: () Sim () Não Quantos: _____ Região: _____
 Cisto: () Sim () Não Folículo: () Sim () Não
 Pseudofoliculite: () Sim () Não Milium: () Sim () Não
 Xantelasma: () Sim () Não

Presença de acne no colo: () Sim () Não Quantos: _____ Região: _____
 Presença de acne no dorso: () Sim () Não Quantos: _____ Região: _____

Característica da Acne

() Inflamação () Infecção () Lesionada () Presença de sequelas
 () Hipotróficas () Hipertróficas () Hiperpigmentadas

Tratamento para pele acneica – Associação de Procedimentos

() Detoxterapia (Máscara de Argila) () Limpeza de pele
 () Altafrequência () Desincruste () Microcorrentes
 () Corrente galvânica (ionização) () LED () Peeling AS () Hidratação

Tratamento - Sequelas de Acne - Associação de Procedimentos

() Dermoabrasão
 () Microagulhamento
 () Galvanopuntura
 () Corrente Galvânica
 () Radiofrequência
 () Cosmetologia

Protocolo Sugerido

Protocolo Sugerido	
1º sessão	
2º sessão	
3º sessão	
4º sessão	
5º sessão	
6º sessão	
7º sessão	
8º sessão	
9º sessão	
10º sessão	
11º sessão	
12º sessão	
13º sessão	
14º sessão	
15º sessão	
16º sessão	
17º sessão	
18º sessão	
19º sessão	
20º 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: _____

Relatório: _____
