

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 Antecedentes

Tratamentos estéticos anteriores para estrias: () Sim () Não

Quais: _____
 Obteve resultados: () Sim () Não

Meses após esse tratamento houve complicações:

() Sim () Não () Manchas () Lesão

Histórico de Estrias na Família

Algum membro da Família possui estrias?

() Sim () Não Grau Parentesco: _____

Histórico Patológico:

() Quelóide () Hipovitaminoses () Deficiência em Vitamina A
 () Anemias () Alérgicos () Cirúrgicos () Diabetes () Hipertensão
 () Hipotensão () Neoplasia () Neurológicas () Doenças autoimunes
 Médico responsável: _____ Fone: _____

Alterações Corporais:

Crescimento acelerado: () Sim () Não
 Hipertrofia: () Sim () Não
 Aumento de peso: () Sim () Não
 Gestação: () Sim () Não
 Mamoplastia de aumento: () Sim () Não
 Mamoplastia de Redução: () Sim () Não

Hábitos - Perfil de alimentação

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

Consumo de Água:

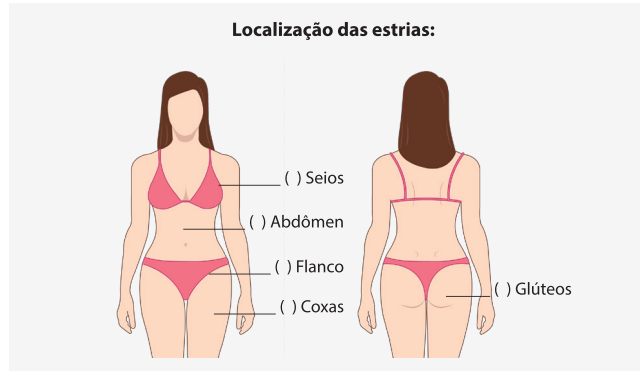
() Menos que um litro () Entre um litro a dois litros
 () Mais que dois litros

Hábitos - Atividade física () Sim () Não

() Musculação () Aeróbica:

Uso de cosméticos:

Esfoliação: () Sim () Não Quais: _____
 Cicatrizante: () Sim () Não Quais: _____
 Hidratante: () Sim () Não Quais: _____
 Ácidos: () Sim () Não Quais: _____
 Fotoproteção na região afetada: () Sim () Não
 Outros: _____
 Exposição Solar da Região: () Sim () Não



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	

Usa medicamentos?

() Sim () Não Quais: _____
 () Isotretinoína (Roacutan) () Já utilizou Há quanto tempo: _____
 () Anticoncepcionais orais Qual: _____
 () Anti-inflamatório
 () Corticoides: Qual: _____
 () Colágeno

Exame Clínico:

Estrias Recentes: () Sim () Não Quanto tempo: _____

Característica das Estrias:

() Estrias Brancas () Estrias Vermelhas () Estrias Nacaradas
 () Leito estreito () Leito Largo

Flacidez associada: () Sim () Não

Espessura da pele: () Delgada () Espessa

Estria Hiperpigmentada: () Sim () Não

Lesão no local: () Sim () Não

Fototipo: () I () II () III () IV () V () VI

Regiões afetadas:

() Seios () R. Dorsal () R. Lombar () Abdômen () Flancos
 () Glúteos () Interno de Coxas () Anterior de Coxa
 () Posterior de Coxas () Medial do joelho () Panturrilha

Tratamento para pele estriada – Associação de Procedimentos

() Dermoabrasão () Microagulhamento () Galvanopuntura
 () Corrente Galvânica () Radiofrequência () Altafrequência () LED
 () Peeling Ác. Glicólico () Peeling Ác. Mandélico () Hidratação
 () Cosmetologia

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: _____

