

Ficha de Anamnese

EXTENSÃO DE CÍLIOS

Instituto
BEATRIZ OLIVEIRA

BLOCO A Dados pessoais

NOME COMPLETO		DATA DE NASCIMENTO	IDADE	DATA DO ATENDIMENTO
CPF	RG	PROFISSÃO		ESTADO CIVIL
ENDEREÇO · CIDADE / UF				CEP
TELEFONE / WHATSAPP	E-MAIL			COMO NOS CONHECEU
EXPECTATIVA PARA ESTA SESSÃO · EFEITO DESEJADO (NATURAL · BONECA · GATINHO · RAPOSA)				

BLOCO B Hábitos & estilo de vida

◆ Tabagismo?	☐ SIM ☐ NÃO	◆ Ingere bebida alcoólica com frequência?	☐ SIM ☐ NÃO
◆ Pratica atividade física regular?	☐ SIM ☐ NÃO	◆ Sono regular (6h+ por noite)?	☐ SIM ☐ NÃO
◆ Costuma esfregar / coçar os olhos?	☐ SIM ☐ NÃO	◆ Dorme de bruços / com rosto no travesseiro?	☐ SIM ☐ NÃO
◆ Frequenta sauna / piscina / praia regularmente?	☐ SIM ☐ NÃO	◆ Usa demaquilante à base de óleo?	☐ SIM ☐ NÃO

BLOCO C Saúde ocular & visão

◆ Usa lentes de contato?	☐ SIM ☐ NÃO	◆ Cirurgia ocular nos últimos 90 dias?	☐ SIM ☐ NÃO
◆ Conjuntivite ativa ou recente (30 dias)?	☐ SIM ☐ NÃO	◆ Blefarite ou terçol ativo?	☐ SIM ☐ NÃO
◆ Glaucoma diagnosticado?	☐ SIM ☐ NÃO	◆ Olho seco / Síndrome de Sjögren?	☐ SIM ☐ NÃO
◆ Sensibilidade extrema à luz?	☐ SIM ☐ NÃO	◆ Lacrimejamento excessivo?	☐ SIM ☐ NÃO
◆ Histórico de herpes ocular / labial?	☐ SIM ☐ NÃO	◆ Tricotilomania (puxar / arrancar cílios)?	☐ SIM ☐ NÃO

BLOCO D · ALERGIAS CONHECIDAS (MARQUE O QUE SE APLICA)

☐ Cianoacrilato / adesivo ☐ Cosméticos / perfumes ☐ Níquel ☐ Látex ☐ Esparadrapo / micropore ☐ Anestésicos tópicos

Outras: _____

Histórico Clínico

AValiação Técnica & Termo

Instituto
BEATRIZ OLIVEIRA

BLOCO E Histórico clínico

- | | | | |
|--|---|---|---|
| ◆ Está gestante ou amamentando? | ☐ SIM ☐ NÃO | ◆ Faz uso de medicamento contínuo? | ☐ SIM ☐ NÃO |
| ◆ Tratamento oncológico em curso ou recente (90 dias)? | ☐ SIM ☐ NÃO | ◆ Químio / radioterapia recente? | ☐ SIM ☐ NÃO |
| ◆ Diabetes / alteração glicêmica? | ☐ SIM ☐ NÃO | ◆ Hipo / hipertireoidismo? | ☐ SIM ☐ NÃO |
| ◆ Lúpus / doença autoimune? | ☐ SIM ☐ NÃO | ◆ Dermatite seborreica facial ativa? | ☐ SIM ☐ NÃO |
| ◆ Tendência a quelóide / cicatrização lenta? | ☐ SIM ☐ NÃO | ◆ Uso de isotretinoína (Roacutã) nos últimos 6 meses? | ☐ SIM ☐ NÃO |

MEDICAMENTOS · DOENÇAS NÃO LISTADAS · OBSERVAÇÕES

BLOCO F Histórico de cílios

- | | | | |
|--|---|--|---|
| ◆ Já fez extensão de cílios anteriormente? | ☐ SIM ☐ NÃO | ◆ Já teve reação alérgica ao adesivo? | ☐ SIM ☐ NÃO |
| ◆ Química nos cílios (lift / henna) nos últimos 15 dias? | ☐ SIM ☐ NÃO | ◆ Já fez teste de contato com adesivo? | ☐ SIM ☐ NÃO |

BLOCO G Avaliação técnica & mapping

COMPRIMENTO NATURAL	ESPESSURA	CURVATURA NATURAL	DENSIDADE	TIPO DE OLHO (FORMATO)
---------------------	-----------	-------------------	-----------	------------------------

TÉCNICA ESCOLHIDA (CLÁSSICA · Y · W · 3D · LIGHT)	MAPPING (BONECA · GATINHO · RAPOSA · NATURAL)
---	---

COMPRIMENTO APLICADO	ESPESSURA	CURVATURA	LOTE DO ADESIVO	UMIDADE	TEMP.
----------------------	-----------	-----------	-----------------	---------	-------

TESTE DE CONTATO (DATA · RESULTADO)	TEMPO TOTAL DA SESSÃO	PRÓXIMA MANUTENÇÃO SUGERIDA
-------------------------------------	-----------------------	-----------------------------

OBSERVAÇÕES DA PROFISSIONAL

Termo de responsabilidade & consentimento. Declaro que as informações acima são verdadeiras e completas, e me responsabilizo por eventuais omissões. Autorizo a profissional **Beatriz Oliveira** a executar o procedimento de **extensão de cílios**, ciente de que, mesmo com técnica e produtos adequados, reações individuais – vermelhidão, sensibilidade, lacrimejamento, alergia ao cianoacrilato, dermatite de contato ou irritação ocular – podem ocorrer e exigir remoção das extensões e avaliação oftalmológica. Comprometo-me a seguir as orientações pós-procedimento: evitar vapor e altas temperaturas por 24h, não usar demaquilante oleoso, não esfregar os olhos, higienizar com mousse específico e comparecer à manutenção sugerida em até 20 dias. Conforme a **Lei nº 13.709/2018 (LGPD)**, meus dados serão utilizados exclusivamente para meu atendimento e podem ser excluídos mediante solicitação. Autorizo o uso de imagens (antes/depois) para fins profissionais – caso não autorize, marcar: ☐ **não autorizo divulgação**.

ASSINATURA DO(A) CLIENTE

PROFISSIONAL · DATA