

Ficha de Anamnese

LIMPEZA DE PELE

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	
QUEIXA PRINCIPAL · O QUE MOTIVOU A BUSCA			DURAÇÃO DA QUEIXA

BLOCO B Hábitos & estilo de vida

◆ Exposição solar diária?	☐ SIM ☐ NÃO	◆ Usa filtro solar diariamente?	☐ SIM ☐ NÃO
◆ Tabagismo?	☐ SIM ☐ NÃO	◆ Ingere bebida alcoólica?	☐ SIM ☐ NÃO
◆ Pratica atividade física?	☐ SIM ☐ NÃO	◆ Usa anticoncepcional?	☐ SIM ☐ NÃO
◆ Está gestante ou amamentando?	☐ SIM ☐ NÃO	◆ Usa lentes de contato?	☐ SIM ☐ NÃO
SONO · HORAS/NOITE	ÁGUA · COPOS/DIA	ALIMENTAÇÃO (BOA / REGULAR / PÉSSIMA)	FUNCIONAMENTO INTESTINAL

BLOCO C Histórico estético & cosmético

◆ Já fez limpeza de pele anteriormente?	☐ SIM ☐ NÃO	◆ Outros tratamentos estéticos?	☐ SIM ☐ NÃO
◆ Uso de ácidos (glicólico, mandélico, AHAs)?	☐ SIM ☐ NÃO	◆ Uso de retinoides tópicos?	☐ SIM ☐ NÃO
◆ Uso de isotretinoína (Roacutã)?	☐ SIM ☐ NÃO	◆ Alergia a cosméticos / fragrâncias?	☐ SIM ☐ NÃO
PRODUTOS COSMÉTICOS EM USO ATUAL (ROSTO)			

Histórico Clínico

AValiação & TERMO

Instituto
BEATRIZ OLIVEIRA

BLOCO D Histórico clínico

- ◆ Tratamento médico atual? ☐ SIM ☐ NÃO
- ◆ Portador de marca-passo? ☐ SIM ☐ NÃO
- ◆ Hipertensão / hipotensão? ☐ SIM ☐ NÃO
- ◆ Distúrbio circulatório? ☐ SIM ☐ NÃO
- ◆ Distúrbio hormonal / tireoide? ☐ SIM ☐ NÃO
- ◆ Epilepsia / convulsões? ☐ SIM ☐ NÃO
- ◆ Antecedentes oncológicos? ☐ SIM ☐ NÃO
- ◆ Histórico de herpes facial? ☐ SIM ☐ NÃO

- ◆ Antecedentes alérgicos (medicamentos / alimentos)? ☐ SIM ☐ NÃO
- ◆ Cardiopatia / alterações cardíacas? ☐ SIM ☐ NÃO
- ◆ Diabetes? ☐ SIM ☐ NÃO
- ◆ Distúrbio renal? ☐ SIM ☐ NÃO
- ◆ Distúrbio gastrointestinal? ☐ SIM ☐ NÃO
- ◆ Alterações psicológicas / psiquiátricas? ☐ SIM ☐ NÃO
- ◆ Lúpus / doença autoimune? ☐ SIM ☐ NÃO
- ◆ Tendência a quelóide / cicatrização lenta? ☐ SIM ☐ NÃO

MEDICAMENTOS EM USO · DOENÇAS NÃO LISTADAS · OBSERVAÇÕES

BLOCO E Tratamentos anteriores

- ◆ Tratamento dermatológico recente? ☐ SIM ☐ NÃO
- ◆ Botox / preenchimento facial? ☐ SIM ☐ NÃO

- ◆ Microagulhamento / peeling recente? ☐ SIM ☐ NÃO
- ◆ Cirurgia plástica facial? ☐ SIM ☐ NÃO

BLOCO F Avaliação da profissional

TIPO DE PELE FOTOTIPO (I-VI) LESÕES OBSERVADAS

TÉCNICA REALIZADA (BÁSICA / AVANÇADA / DETOX / COM PEELING)

RETORNO SUGERIDO

OBSERVAÇÕES DA PROFISSIONAL

Termo de consentimento & LGPD. 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 limpeza de pele, ciente de que reações individuais (vermelhidão, sensibilidade, alergia) podem ocorrer mesmo com produtos testados. Comprometo-me a seguir as orientações de cuidados pós-procedimento – fotoproteção diária, hidratação e evitar exposição solar nas primeiras 48 horas. Conforme a **Lei nº 13.709/2018 (LGPD)**, meus dados serão utilizados exclusivamente para meu atendimento. Autorizo o uso de imagens (antes/depois) para fins profissionais – caso não autorize, marcar: ☐ **não autorizo divulgação**.

ASSINATURA DO(A) CLIENTE

PROFISSIONAL · DATA