MODELO DE FICHA DE ANAMNESE PARA ESTÉTICA

Anamnese geral

Preenchida uma vez e revisada a cada 6 meses, ou antes, se a saúde da paciente mudar.

Nome completo

Data de nascimento

Telefone

Email

Data do preenchimento

Profissional responsável

QUEIXA E OBJETIVO

1. **Qual o principal motivo da sua consulta?**

2. **Que resultado você espera? Conte com as suas palavras.**

3. **Já fez algum procedimento estético antes?**
   ☐ Sim ☐ Não
   Se sim: quais e quando? Teve alguma reação ou complicação?

SAÚDE GERAL

1. **Tem alguma destas condições?**
   ☐ Nenhuma ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Doença cardíaca ☐ Epilepsia ou convulsões
   ☐ Distúrbio de coagulação ☐ Doença autoimune (lúpus, vitiligo, psoríase, artrite) ☐ Problema de tireoide
   ☐ Câncer ou tratamento oncológico ☐ Outra: _____

   Atenção Diabetes, doença cardíaca, epilepsia, distúrbio de coagulação, doença autoimune ou câncer: condição que pede avaliação antes do procedimento.

2. **Está em acompanhamento médico?**
   ☐ Sim ☐ Não
   Se sim: com qual especialidade e por quê?

3. **Usa algum medicamento contínuo?**
   ☐ Sim ☐ Não
   Se sim: quais medicamentos e doses?

4. **Usa anticoagulante ou AAS (aspirina)?**
   ☐ Sim ☐ Não

   Atenção Sim: risco de sangramento e hematoma.

5. **Usou isotretinoína (Roacutan) nos últimos 6 meses?**
   ☐ Sim ☐ Não

   Atenção Sim: contraindicação para laser, peeling e microagulhamento.

6. **Tem alergia a medicamento, anestésico, látex, cosmético ou alimento?**
   ☐ Sim ☐ Não
   Se sim: a quê?

   Atenção Sim: conferir antes de aplicar qualquer produto.

7. **Fez alguma cirurgia nos últimos 6 meses?**
   ☐ Sim ☐ Não
   Se sim: qual e quando?

8. **Tem marcapasso, prótese metálica, placas ou pinos no corpo?**
   ☐ Sim ☐ Não

   Atenção Sim: contraindicação para radiofrequência e correntes.

GESTAÇÃO

1. **Está gestante, amamentando ou tentando engravidar?**
   ☐ Não ☐ Gestante ☐ Amamentando ☐ Tentando engravidar

   Atenção Gestante, amamentando ou tentando: contraindicação para a maioria dos procedimentos.

PELE E CICATRIZAÇÃO

1. **Fototipo (escala de Fitzpatrick): como a pele reage ao sol sem protetor?**
   ☐ I: muito clara, sempre queima, nunca bronzeia ☐ II: clara, queima com facilidade, bronzeia pouco
   ☐ III: morena clara, queima às vezes, bronzeia aos poucos
   ☐ IV: morena, raramente queima, bronzeia com facilidade ☐ V: morena escura, muito raramente queima
   ☐ VI: negra, nunca queima

   Atenção Fototipo IV, V ou VI: ajustar parâmetros de laser e peeling (risco de mancha).

2. **Tem tendência a queloide ou cicatriz alta?**
   ☐ Sim ☐ Não

   Atenção Sim: tendência a queloide.

3. **Tem herpes labial recorrente?**
   ☐ Sim ☐ Não

   Atenção Sim: avaliar profilaxia antes de procedimento na face.

4. **Tem melasma ou manchas que escurecem com facilidade?**
   ☐ Sim ☐ Não

HÁBITOS

1. **Fuma?**
   ☐ Não ☐ Sim, até 10 cigarros por dia ☐ Sim, mais de 10 por dia ☐ Parei de fumar
2. **Consome bebida alcoólica?**
   ☐ Não ☐ Socialmente ☐ Com frequência
3. **Quanto se expõe ao sol?**
   ☐ Pouco ☐ Moderadamente ☐ Muito (trabalho ou lazer ao ar livre)
4. **Usa protetor solar todos os dias?**
   ☐ Sim ☐ Não
5. **Quantos litros de água bebe por dia? _____ litros**
6. **Pratica atividade física?**
   ☐ Não ☐ 1 a 2 vezes por semana ☐ 3 vezes ou mais por semana

Declaro que as informações acima são verdadeiras e que vou avisar a clínica se a minha saúde mudar antes de uma nova sessão.

Assinatura da paciente	Assinatura da profissional	Data

Modelo sugerido pela Bellflow. Ele não substitui a avaliação da profissional: revise com o responsável técnico da clínica e ajuste ao seu protocolo antes de usar. Versão digital, com alerta de risco e resposta pelo celular: bellflow.com.br

MODELO DE FICHA DE ANAMNESE PARA ESTÉTICA

Checagem do dia

Antes de cada sessão, junto com a ficha do procedimento.

Nome completo

Data de nascimento

Telefone

Email

Data do preenchimento

Profissional responsável

HOJE, ANTES DE COMEÇAR

1. **Está gestante ou amamentando hoje?**
   ☐ Sim ☐ Não
   Atenção Sim: contraindicação para o procedimento.
2. **Tomou sol forte na área a tratar nos últimos 15 dias? (laser, luz pulsada e peeling)**
   ☐ Sim ☐ Não
   Atenção Sim: risco de mancha e queimadura.
3. **Começou algum medicamento novo desde a última consulta?**
   ☐ Sim ☐ Não
   Se sim: qual medicamento e desde quando?
4. **Tem ferida, herpes ativo, espinha inflamada ou infecção na área a tratar?**
   ☐ Sim ☐ Não
   Atenção Sim: adiar o procedimento.

Declaro que as informações acima são verdadeiras e que vou avisar a clínica se a minha saúde mudar antes de uma nova sessão.

Assinatura da paciente

Assinatura da profissional

Data

Modelo sugerido pela Bellflow. Ele não substitui a avaliação da profissional: revise com o responsável técnico da clínica e ajuste ao seu protocolo antes de usar. Versão digital, com alerta de risco e resposta pelo celular: bellflow.com.br

MODELO DE FICHA DE ANAMNESE PARA ESTÉTICA

Depilação a laser e luz pulsada

Junto com a anamnese geral.

Nome completo

Data de nascimento

Telefone

Email

Data do preenchimento

Profissional responsável

CONTRAINDICAÇÕES

1. **Usou isotretinoína (Roacutan) nos últimos 6 meses?**
   ☐ Sim ☐ Não
   Atenção Sim: não aplicar laser.
2. **Tomou antibiótico, corticoide ou outro medicamento que dá sensibilidade ao sol nos últimos 7 dias?**
   ☐ Sim ☐ Não
   Atenção Sim: medicamento fotossensibilizante recente.
3. **Tem tatuagem ou micropigmentação na área?**
   ☐ Sim ☐ Não
   Atenção Sim: não aplicar sobre ela.
4. **Tem vitiligo, psoríase ou lúpus?**
   ☐ Sim ☐ Não
   Atenção Sim: doença de pele autoimune, avaliar antes.

ÁREA E MÉTODO ATUAL

1. **Áreas a tratar**
   ☐ Axilas ☐ Buço ☐ Rosto ☐ Virilha ☐ Pernas ☐ Braços ☐ Costas ☐ Outra: _____
2. **Método de depilação mais usado hoje**
   ☐ Lâmina ☐ Cera ☐ Creme depilatório ☐ Pinça ☐ Máquina elétrica ☐ Nenhum
3. **Usou cera ou pinça na área nos últimos 30 dias?**
   ☐ Sim ☐ Não

Declaro que as informações acima são verdadeiras e que vou avisar a clínica se a minha saúde mudar antes de uma nova sessão.

Assinatura da paciente

Assinatura da profissional

Data

Modelo sugerido pela Bellflow. Ele não substitui a avaliação da profissional: revise com o responsável técnico da clínica e ajuste ao seu protocolo antes de usar. Versão digital, com alerta de risco e resposta pelo celular: bellflow.com.br

MODELO DE FICHA DE ANAMNESE PARA ESTÉTICA

Micropigmentação (sobrancelhas, lábios e olhos)

Junto com a anamnese geral.

Nome completo

Data de nascimento

Telefone

Email

Data do preenchimento

Profissional responsável

ÁREA

1. **Área a pigmentar**

☐ Sobrancelhas ☐ Lábios ☐ Olhos (delineado) ☐ Outra: _____

SAÚDE E CICATRIZAÇÃO

1. **Tem diabetes?**

☐ Sim ☐ Não

Atenção Sim: atenção à cicatrização e à fixação do pigmento.

2. **Tem tendência a queloide?**

☐ Sim ☐ Não

Atenção Sim: tendência a queloide.

3. **Tem alergia a pigmento, tinta ou anestésico local?**

☐ Sim ☐ Não

Se sim: a quê?

Atenção Sim: alergia a pigmento ou anestésico.

4. **Usa anticoagulante ou AAS (aspirina)?**

☐ Sim ☐ Não

Atenção Sim: sangramento e pior fixação.

5. **Está em quimioterapia ou radioterapia?**

☐ Sim ☐ Não

Atenção Sim: liberar com o médico antes.

HISTÓRICO DA REGIÃO

1. **Já tem micropigmentação na região?**

☐ Sim ☐ Não

Se sim: a cor atual está alterada? ( ) Não ( ) Azulada ( ) Avermelhada ( ) Acinzentada ( ) Esverdeada

2. **Usa ácidos na região?**

☐ Sim ☐ Não

Atenção Sim: suspender 7 dias antes.

3. **Aplicou toxina botulínica na testa nos últimos 15 dias?**

☐ Sim ☐ Não

Atenção Sim: aguardar para desenhar a sobrancelha.

Declaro que as informações acima são verdadeiras e que vou avisar a clínica se a minha saúde mudar antes de uma nova sessão.

Assinatura da paciente

Assinatura da profissional

Data

Modelo sugerido pela Bellflow. Ele não substitui a avaliação da profissional: revise com o responsável técnico da clínica e ajuste ao seu protocolo antes de usar. Versão digital, com alerta de risco e resposta pelo celular: bellflow.com.br

MODELO DE FICHA DE ANAMNESE PARA ESTÉTICA

Peeling químico e microagulhamento

Junto com a anamnese geral.

Nome completo

Data de nascimento

Telefone

Email

Data do preenchimento

Profissional responsável

ANÁLISE DE PELE

1. **Tipo de pele**
   ☐ Normal ☐ Seca ☐ Oleosa ☐ Mista ☐ Sensível
2. **Tem melasma?**
   ☐ Sim ☐ Não
   Atenção Sim: risco de piora com procedimento agressivo.
3. **A pele escurece depois de machucados ou espinhas?**
   ☐ Sim ☐ Não
   Atenção Sim: risco de mancha após inflamação.
4. **Tem rosácea ou dermatite ativa?**
   ☐ Sim ☐ Não
   Atenção Sim: adiar.
5. **Usou isotretinoína (Roacutan) nos últimos 6 meses?**
   ☐ Sim ☐ Não
   Atenção Sim: contraindicação.

CUIDADOS EM CASA

1. **Usa ácidos em casa (glicólico, retinoico, salicílico)?**
   ☐ Sim ☐ Não
   Se sim: quais e quando parou?
2. **Usa protetor solar todos os dias?**
   ☐ Sim ☐ Não
3. **Vai se expor a sol forte (praia, piscina) nos próximos 15 dias?**
   ☐ Sim ☐ Não
   Atenção Sim: sol forte previsto logo após o procedimento.

Declaro que as informações acima são verdadeiras e que vou avisar a clínica se a minha saúde mudar antes de uma nova sessão.

Assinatura da paciente

Assinatura da profissional

Data

Modelo sugerido pela Bellflow. Ele não substitui a avaliação da profissional: revise com o responsável técnico da clínica e ajuste ao seu protocolo antes de usar. Versão digital, com alerta de risco e resposta pelo celular: bellflow.com.br

MODELO DE FICHA DE ANAMNESE PARA ESTÉTICA

Estética corporal (enzimas, criolipólise e radiofrequência)

Junto com a anamnese geral.

Nome completo _____ Data de nascimento _____

Telefone _____ Email _____

Data do preenchimento _____ Profissional responsável _____

MEDIDAS E ÁREA

1. **Peso _____ kg Altura _____ m IMC _____**
2. **Perimetria, em centímetros (meça sempre nos mesmos pontos): braço _____ cintura _____ abdômen _____ quadril _____ coxa _____**
3. **Áreas a tratar**
   ☐ Abdômen ☐ Flancos ☐ Culote ☐ Coxas ☐ Glúteos ☐ Braços ☐ Papada ☐ Outra: _____

CONTRAINDICAÇÕES

1. **Tem marcapasso, DIU de cobre, placas ou pinos metálicos?**
   ☐ Sim ☐ Não
   Atenção Sim: não usar radiofrequência nem correntes.
2. **Tem hérnia na área a tratar?**
   ☐ Sim ☐ Não
   Atenção Sim: contraindicação.
3. **Tem alergia ao frio, urticária ao frio ou dedos que ficam roxos no frio?**
   ☐ Sim ☐ Não
   Atenção Sim: contraindicação para criolipólise.
4. **Tem alergia a frutos do mar ou iodo?**
   ☐ Sim ☐ Não
   Atenção Sim: cuidado com enzimas.
5. **Tem doença nos rins ou no fígado?**
   ☐ Sim ☐ Não
   Atenção Sim: avaliar antes.
6. **Já teve trombose ou tem varizes importantes?**
   ☐ Sim ☐ Não
   Atenção Sim: avaliar antes.

METABOLISMO E HÁBITOS

1. **Pratica atividade física?**
   ☐ Não ☐ 1 a 2 vezes por semana ☐ 3 a 5 vezes por semana ☐ Todos os dias
2. **Como funciona o seu intestino?**
   ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Preso
3. **Quantos litros de água bebe por dia? _____ litros**
4. **Tem problema de tireoide?**
   ☐ Sim ☐ Não

Declaro que as informações acima são verdadeiras e que vou avisar a clínica se a minha saúde mudar antes de uma nova sessão.

Assinatura da paciente _____ Assinatura da profissional _____ Data _____

Modelo sugerido pela Bellflow. Ele não substitui a avaliação da profissional: revise com o responsável técnico da clínica e ajuste ao seu protocolo antes de usar. Versão digital, com alerta de risco e resposta pelo celular: bellflow.com.br

MODELO DE FICHA DE ANAMNESE PARA ESTÉTICA

Injetáveis (toxina botulínica e preenchedores)

Junto com a anamnese geral.

Nome completo

Data de nascimento

Telefone

Email

Data do preenchimento

Profissional responsável

HISTÓRICO CLÍNICO

1. **Tem doença autoimune (lúpus, vitiligo, artrite reumatoide)?**
   ☐ Sim ☐ Não
   Atenção Sim: avaliar antes de preenchedor.
2. **Tem doença neuromuscular (miastenia gravis, ELA ou similar)?**
   ☐ Sim ☐ Não
   Atenção Sim: contraindicação para toxina botulínica.
3. **Tem alergia a anestésico, toxina botulínica ou ácido hialurônico?**
   ☐ Sim ☐ Não
   Atenção Sim: alergia ao anestésico ou ao produto.
4. **Já teve choque anafilático ou alergia grave?**
   ☐ Sim ☐ Não
   Atenção Sim: histórico de anafilaxia.

PROCEDIMENTOS ANTERIORES

1. **Tem preenchimento definitivo (PMMA ou silicone) no rosto?**
   ☐ Sim ☐ Não
   Atenção Sim: risco de reação ao aplicar por cima.
2. **Última aplicação de toxina ou ácido hialurônico**
   ☐ Nunca fiz ☐ Menos de 3 meses ☐ De 3 a 6 meses ☐ Mais de 6 meses
3. **Teve alguma reação ou intercorrência com injetável?**
   ☐ Sim ☐ Não
   Se sim: qual e quando?

   Atenção Sim: intercorrência anterior com injetável.

ÁREA DE INTERESSE

1. **Áreas a tratar**
   ☐ Testa ☐ Entre as sobrancelhas ☐ Pés de galinha ☐ Lábios ☐ Olheiras ☐ Malar ☐ Mandíbula
   ☐ Bigode chinês ☐ Outra: _____

Declaro que as informações acima são verdadeiras e que vou avisar a clínica se a minha saúde mudar antes de uma nova sessão.

Assinatura da paciente

Assinatura da profissional

Data

Modelo sugerido pela Bellflow. Ele não substitui a avaliação da profissional: revise com o responsável técnico da clínica e ajuste ao seu protocolo antes de usar. Versão digital, com alerta de risco e resposta pelo celular: bellflow.com.br