

FICHA DE ANAMNESE

Nome: _____ Data de nasc.: _____

Endereço e Telefone: _____

Utiliza lentes de contato? SIM NÃO Tem marcapasso? SIM

Tem epilepsia/convulsões? SIM NÃO É tabagista? SIM

Tem intestino regulado? SIM NÃO Está gestante? SIM

Tem alterações cardíacas? SIM NÃO

Tem tratamento facial anterior? _____

Toma água com frequência? _____

Ingere bebidas alcóolicas? _____

Se expõe ao sol com muita frequência? Utiliza filtro solar? _____

Tem boa qualidade de sono? _____

Pratica atividade física? _____

Possui prótese corporal/facial? _____

Utiliza cremes ou loções faciais? _____

Utiliza algum medicamento? _____

Possui algum tipo de alergia? _____

Possui uma boa alimentação? _____

Tem problemas de pele? _____

Oleosidade: Alípica Lípida Normal Seborreica

Espessura da pele: Espessa Fina Muito fina

Fototipo: 1 2 3 4 5

Acne grau: 1 2 3 4 Hidratação: Desidratada Normal

Mílium Folliculite Hipertricose Papilona Nódulos

Comedão Queratose Ptose Efélides Vibices

Pápula Cicatriz Rugas Bolhas Telangiectasia

Pústula Atrofia Acromia Abscessos Hipocromia

Cisto Xantelasma Hiperchromia Hirsutismo