

Ficha de Anamnese Capilar

Avaliação tricológica — couro cabeludo e fios

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo		Data de nascimento	
CPF	Telefone / WhatsApp		Profissão
Endereço		Como conheceu a clínica?	

QUEIXA PRINCIPAL

Queixa principal (queda, afinamento, falhas, oleosidade, descamação...)
Há quanto tempo notou o problema? Foi gradual ou súbito?
Alguém na família tem calvície ou queda acentuada? Quem?

HISTÓRICO CAPILAR

Pergunta	Sim / Não	Observações
Usa química nos cabelos (coloração, alisamento, descoloração)?	() Sim () Não	
Lava o cabelo diariamente?	() Sim () Não	
Usa secador/chapinha com frequência?	() Sim () Não	
Notou aumento de fios no travesseiro ou no banho?	() Sim () Não	
Percebe coceira, ardência ou descamação no couro cabeludo?	() Sim () Não	
Passou por cirurgia, parto ou episódio de estresse intenso nos últimos 6 meses?	() Sim () Não	
Fez dieta restritiva recentemente?	() Sim () Não	
Tem diagnóstico de anemia ou alteração de tireoide?	() Sim () Não	

EXAME DO COURO CABELUDO (USO PROFISSIONAL)

Padrão da queda/rarefação (difusa, androgenética, em placas)
Tricoscopia: achados
Exames laboratoriais solicitados / resultados relevantes

HISTÓRICO DE SAÚDE

Pergunta	Sim / Não	Observações
Possui alguma alergia (medicamentos, cosméticos, anestésicos)?	() Sim () Não	
Faz uso contínuo de alguma medicação?	() Sim () Não	
Possui diabetes, hipertensão ou cardiopatia?	() Sim () Não	
Possui distúrbio de coagulação ou usa anticoagulante?	() Sim () Não	
Está gestante ou amamentando?	() Sim () Não	
Possui doença autoimune ou está em tratamento oncológico?	() Sim () Não	

CONSENTIMENTO — LGPD

Autorizo a coleta e o tratamento dos meus dados pessoais e de saúde acima informados, exclusivamente para fins de avaliação, planejamento e execução dos cuidados prestados por esta clínica, nos termos da Lei nº 13.709/2018 (LGPD). Estou ciente de que posso solicitar acesso, correção ou exclusão dos meus dados a qualquer momento.

Cidade e data	Profissional responsável / registro
---------------	-------------------------------------

Assinatura do(a) paciente

Assinatura do(a) profissional