

Ficha de Anamnese Corporal

Avaliação para procedimentos corporais

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

QUEIXA PRINCIPAL

Queixa principal (gordura localizada, celulite, flacidez, estrias...)
Regiões de maior incômodo
Tratamentos corporais já realizados e resultados

AVALIAÇÃO E MEDIDAS

Peso (kg)	Altura (m)	IMC	Pressão arterial
Circunferências: abdômen / cintura / quadril / coxa D / coxa E / braço D / braço E			
Grau de celulite (I–IV) e localização		Grau de flacidez (leve/moderada/acentuada)	
Observações da avaliação física (adiposidade, retenção, tônus)			

HISTÓRICO DE SAÚDE

Pergunta	Sim / Não	Observações
Tem trombose ou histórico familiar de trombose?	() Sim () Não	
Possui varizes acentuadas?	() Sim () Não	
Tem alteração hormonal diagnosticada (tireoide, SOP...)?	() Sim () Não	
Está em acompanhamento nutricional?	() Sim () Não	
Ciclo menstrual regular? Usa contraceptivo hormonal?	() Sim () Não	
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	

HÁBITOS DE VIDA

Pergunta	Sim / Não	Observações
Pratica atividade física regularmente?	() Sim () Não	
Fuma?	() Sim () Não	
Consome bebida alcoólica com frequência?	() Sim () Não	
Como está seu sono? Dorme bem?	() Sim () Não	
Ingere água regularmente (mais de 1,5 L/dia)?	() Sim () Não	
Exposição solar frequente? Usa protetor solar diariamente?	() 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