

Ficha de Anamnese Facial

Avaliação de pele e procedimentos faciais

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

QUEIXA PRINCIPAL

Queixa principal (manchas, acne, linhas, flacidez, olheiras...)
Rotina atual de cuidados com a pele (produtos e frequência)

AValiação DA PELE

Fototipo (Fitzpatrick I–VI)	Biotipo cutâneo (normal, seca, oleosa, mista)	Sensibilidade aparente
Presença de: acne / comedões / milium / manchas / melasma / rosácea / telangiectasias / cicatrizes (circular)		
Grau de fotoenvelhecimento e observações do exame físico		

HISTÓRICO ESPECÍFICO

Pergunta	Sim / Não	Observações
Usa ácidos ou retinoides atualmente?	() Sim () Não	
Fez peeling, laser ou microagulhamento nos últimos 6 meses?	() Sim () Não	
Já teve reação alérgica a cosméticos?	() Sim () Não	
Usa filtro solar diariamente?	() Sim () Não	
Tem histórico de melasma na família?	() 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	

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