

ESTETICISTA: _____

FICHA DE DIAGNOSE FACIAL

DADOS PESSOAIS:

NOME: _____

EST. CIVIL: _____ NACIONALIDADE: _____ NATURALIDADE: _____

PROFISSÃO: _____ CPF: _____ RG: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ UF: _____

TEL.: RESIDENCIAL: () _____ CELULAR: _____

E-MAIL: _____ ORKUT: _____

OUTROS: _____

OCUPAÇÃO: _____ DATA DE NASC.: / / _____ IDADE: _____

QUEIXA PRINCIPAL: _____

HISTÓRICO:

JÁ FEZ ALGUM TRATAMENTO ESTÉTICO? SIM NÃO
QUAL/QUAIS? _____

DOENÇA PREGRESSA ? SIM NÃO
QUAL/QUAIS? _____

FAZ USO DE MEDICAMENTO? SIM NÃO
QUAIS? _____

ME RELATE COMO É SUA ALIMENTAÇÃO?
HORÁRIO: _____

JÁ FEZ ALGUMA CIRURGIA? SIM NÃO
QUAL/QUAIS? _____

FAZ USO DE COSMÉTICOS? SIM NÃO
QUAIS? _____

PRATICA ALGUM ESPORTE? SIM NÃO
QUAL? _____

HIPERTENSÃO OU DIABÉTICA? SIM NÃO QUAL? _____

INGESTA HÍDRICA? SIM NÃO QUANTOS LITROS? _____

DISTURBIO HORMONAL? SIM NÃO QUAL? _____

FUMA FUMOU NÃO
QUANTO TEMPO? _____

HORAS DE SONO? _____

PRISÃO DE VENTRE? SIM NÃO

ALERGIAS:

- ALIMENTAR
- MEDICAMENTO
- CHEIRO
- RESPIRATÓRIA
- CORANTES
- SUBSTÂNCIAS
- OUTRO . QUAL? _____

SIM NÃO

RESPONSABILIZO-ME PELA VERACIDADE DE TODAS AS RESPOSTAS ACIMA CITADAS;

ASS.: _____ DATA: / / _____

HIPERTENSÃO NÃO

HIPOTENSÃO COMPENSADA OU DESCOMPENSADA ?

DIABETES? SIM NÃO COMPENSADA DESCOMPENSADA ?

CARDIOPATIAS? SIM NÃO QUAL? _____.

GESTANTE? SIM NÃO QUANTOS MESES?_____. FILHOS? SIM NÃO QUANTOS?_____.

DOENÇA INFECTOCONTAGIOSA? SIM NÃO QUAL?_____.

FAZ USO DE BEBIDA ALCÓOLICA? SIM NÃO QUANTO?_____.

FAZ USO DE SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS OU ENTORPECENTES? SIM NÃO

CICLO MENSTRUAL? REGULAR OU IRREGULAR

HIPERTIROIDISMO OU HIPOTIROIDISMO NÃO

PLACAS E PINOS METÁLICOS NA FACE? SIM NÃO ONDE?_____.

ANTECEDENTES ONCOLÓGICOS? SIM NÃO FAMÍLIA ? SIM NÃO GRAU DE PARENTESCO? _____
QUANTO TEMPO?_____ .DIAGNOSTICADO E TRATADO: SIM NÃO

FAZ USO DE HORMÔNIO? SIM NÃO

FAZ USO DE LENTE DE CONTATO? SIM NÃO

JÁ FEZ OU FAZ USO DE ÁCIDOS? SIM NÃO
QUAL?_____ .QUANTO TEMPO?_____.

FAZ USO DE PROTETOR SOLAR? SIM NÃO
QUAL?_____ . COMO?_____.

FAZ USO DE ANTICONCEPCIONAL? SIM NÃO
QUAL?_____ .QUANTO TEMPO?_____.

FAZ DIÁLISE OU HEMODIÁLISE? SIM NÃO

DISFUNÇÃO GÁSTRICA OU ENDÓCRINA? SIM NÃO

DEPRESSÃO? SIM NÃO DIAGNOSTICADO E TRATADO? SIM NÃO

APRESENTA TROMBOSE? SIM NÃO

APRESENTA TROMBOFLEBITE? SIM NÃO

DOENÇA RENAL CRÔNICO? SIM NÃO

PORTADOR DE EPILEPSIA? SIM NÃO

AVC AVE PARALISIA FACIAL NÃO

FAZ USO DE ESTROGÊNIO? SIM NÃO / NÃO PODE USAR ELETROLIFTING

FAZ APLICAÇÃO DE: METACRIL TOXINA BOTULINICA SIM NÃO

RESPONSABILIZO-ME PELA VERACIDADE DE TODAS AS RESPOSTAS ACIMA CITADAS;

ASS.: _____ .DATA: ____ / ____ / ____ .

SEMIOLOGIA

CLASSIFICAÇÃO CUTÂNEA:

NORMAL LÍPIDICA ALÍPIDICA MISTA

SUBCLASSIFICAÇÃO CUTÂNEA:

QUERATINIZAÇÃO SEBORRÉICA DISCROMIA DESIDRATADA SUPERFICIALMENTE
 DESIDRATADA PROFUNDAMENTE POROS DILATADOS

DISCROMIA:

HIPERCROMIA HIPOCROMIA ACROMIA DISCROMIA PERIOCLAR DISCROMIA INFLAMATÓRIA
 DÉRMICA EPIDÉRMICA

PORQUE? _____.

A QUANTO TEMPO? _____.

ACNE:

GRAU I GRAU II GRAU III GRAU IV GRAU V ROSÁCEA

OXIDAÇÃO:

COMEDÕES PÁPULAS PÚSTULAS MILLIUM NÓDULOS CISTOS

CICATRIZ ATRÓFICA:

MIMICA ↓ SÍNTESE DE COLÁGENO POR ACNE

PTOSE:

TISSULAR MUSCULAR

VASCULARIZAÇÃO:

CIANOSE EQUIMOSE ERITEMA TELANGIECTASIAS HEMATOMA RUBOR

FOTOENVELHECIMENTO: _____.

OUTROS:

DERMATITE SIM NÃO

PSORIASIS SIM NÃO

