ANA MARIA JACOB
ESTÉTICA AVANÇADA

Ficha de anamnese geral · para preenchimento em papel

Identificação

Nome completo _____

Data de nascimento ____ / ____ / ________

CPF _____

WhatsApp _____

Responda com sinceridade sobre seu estado de saúde, medicamentos, alergias e procedimentos anteriores. Comunique qualquer alteração antes de cada atendimento. Esta ficha reúne as declarações gerais e não autoriza divulgação de imagem. A profissional revisará as respostas antes do atendimento.

Sua saúde

Está grávida, com suspeita de gravidez ou amamentando? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Tem doença crônica em tratamento (diabetes, hipertensão, tireoide)? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Tem doença cardíaca, renal ou hepática? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Tem doença autoimune ou inflamatória? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Tem doença neuromuscular (miastenia, ELA, outras)? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Tem epilepsia ou já teve convulsões? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Tem ou teve câncer? Está em tratamento oncológico? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Tem imunossupressão de qualquer causa? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Tem distúrbio de coagulação ou sangra com facilidade? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Usa marca-passo ou tem prótese ou implante metálico? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Tem histórico de queloide ou cicatrização anormal? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Tem herpes labial ou genital recorrente? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Tem doença de pele em atividade (acne, dermatite, rosácea)? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Fez alguma cirurgia nos últimos 6 meses? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Fez ou fará procedimento odontológico em até 2 semanas? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Tomou vacina nas últimas 2 semanas? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Fuma? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Consome bebida alcoólica com frequência? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Se respondeu sim a algum item, conte mais aqui

Medicamentos e alergias

Usa anticoagulante ou antiagregante (AAS, varfarina, clopidogrel)? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Usou isotretinoína oral nos últimos 6 meses? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Usa corticoide de forma contínua? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Usa anticoncepcional ou faz reposição hormonal? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Tem alergia a anestésico local (lidocaína e semelhantes)? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Tem alergia a látex? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Medicamentos de uso contínuo (quais e para quê)

Suplementos, vitaminas e fitoterápicos

Alergias a medicamentos

Alergias a cosméticos, ativos ou alimentos

Procedimentos anteriores

Já realizou Toxina botulínica? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Quando, em qual região e com qual produto realizou Toxina botulínica?

Responda apenas se "Já realizou Toxina botulínica?" = Sim.

Já realizou Preenchimento com ácido hialurônico? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Quando, em qual região e com qual produto realizou Preenchimento com ácido hialurônico?

Responda apenas se "Já realizou Preenchimento com ácido hialurônico?" = Sim.

Já realizou Preenchedor PERMANENTE (PMMA, silicone líquido, bioplastia)? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Quando, em qual região e com qual produto realizou Preenchedor PERMANENTE (PMMA, silicone líquido, bioplastia)?

Responda apenas se "Já realizou Preenchedor PERMANENTE (PMMA, silicone líquido, bioplastia)?" = Sim.

Já realizou Bioestimulador de colágeno? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Quando, em qual região e com qual produto realizou Bioestimulador de colágeno?

Responda apenas se "Já realizou Bioestimulador de colágeno?" = Sim.

Já realizou Fios de sustentação (PDO e outros)? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Quando, em qual região e com qual produto realizou Fios de sustentação (PDO e outros)?

Responda apenas se "Já realizou Fios de sustentação (PDO e outros)?" = Sim.

Já realizou Microagulhamento? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Quando, em qual região e com qual produto realizou Microagulhamento?

Responda apenas se "Já realizou Microagulhamento?" = Sim.

Já realizou Peeling químico? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Quando, em qual região e com qual produto realizou Peeling químico?

Responda apenas se "Já realizou Peeling químico?" = Sim.

Já realizou Laser, luz pulsada ou radiofrequência? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Quando, em qual região e com qual produto realizou Laser, luz pulsada ou radiofrequência?

Responda apenas se "Já realizou Laser, luz pulsada ou radiofrequência?" = Sim.

Já realizou Cirurgia plástica facial? (obrigatória)

☐ Sim ☐ Não

Quando, em qual região e com qual produto realizou Cirurgia plástica facial?

Responda apenas se "Já realizou Cirurgia plástica facial?" = Sim.

Pele, cuidados e objetivo

Tipo de pele

☐ Oleosa ☐ Mista ☐ Seca ☐ Normal ☐ Sensível

Exposição ao sol no dia a dia

☐ Baixa ☐ Média ☐ Alta

Usa protetor solar todos os dias?

☐ Sim ☐ Às vezes ☐ Não

Rotina de cuidados atual (produtos que usa)

Queixa principal e o que você espera do atendimento (obrigatória)

Declaração e assinatura

Declaro que li este documento, que as respostas acima são verdadeiras e que comunicarei qualquer alteração antes do atendimento.

Assinatura da paciente

Local e data

Assinatura e carimbo da profissional

Data da revisão profissional

Modelo amj-anamnese-geral-20261016 · versão para preenchimento em papel gerada a partir da biblioteca de documentos da clínica. A via assinada deve ser conferida e arquivada no prontuário.

Demonstração local com dados fictícios. Sem validade de documento clínico ou fiscal.