

Ficha de Anamnese

Microblading

Nome: _____

Telefone: _____ Contacto: _____

Email: _____

Morada: _____

Avaliação Cutânea:

Tipo de pele: () Oleosa () Mista () Seca () Normal

Características: () Acne () Cicatriz () Manchas () Normal

Informação sobre a saúde do cliente:

Grávida: () Sim () Não - Semanas: _____

Está a amamentar: () Sim () Não

Alergias Conhecidas: () Sim () Não

Psoríase : () Sim () Não

Hipertensão: () Sim () Não

Hipotensão: () Sim () Não

Diabetes: () Sim () Não

Queloides: () Sim () Não

Cancro: () Sim () Não

Dermatites: () Sim () Não

Sida: () Sim () Não

Hepatite: () Sim () Não

Cirurgias recentes: () Sim () Não

Quais: _____

Problemas de Coração: () Sim () Não

Quais: _____

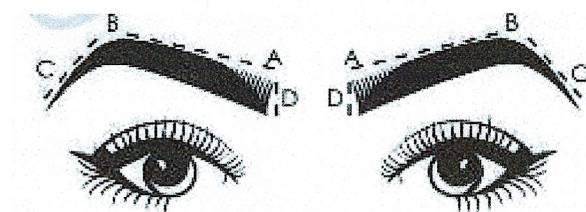
Toma Medicação: () Sim () Não

Indique qual/quais: _____

Periodo Mestrual: () Sim () Não (Não é aconselhado ser efectuado o procedimento estético nos 4 dias antes ou 4 dias depois, uma vez que a sensibilidade nestas alturas é maior)

Procedimentos:

Design: () Sim () Não



A_ Início das sobrancelhas _____

B_ Ponto de arqueamento das sobrancelhas _____

C_ Ponto final das sobrancelhas _____

D_ Largura das sobrancelhas _____