

# Ficha de Anamnese

Nome: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Fone/Cel: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Realizou algum procedimento capilar nos últimos 3 meses?  SIM  NÃO

Especifique: \_\_\_\_\_

Costuma realizar hidratação ou reconstrução capilar com frequencia?  SIM  NÃO

Especifique: \_\_\_\_\_

Utiliza com frequencia alguma fonte de calor?  SIM  NÃO

Gestante?  SIM  NÃO | Possui algum tipo de alergia?  SIM  NÃO

Semanas: \_\_\_\_\_

Especifique: \_\_\_\_\_

Problemas identificados:  Queda  Seborreia/Caspa  Dermatite  
 Tricoptilose (Pontas Duplas)  Tricotilomania (Arrancar Cabelos)  Outro: \_\_\_\_\_

Qual tipo de procedimento deseja realizar? \_\_\_\_\_

*Declaro que as informações acima são verdadeiras, não cabendo ao profissional quaisquer responsabilidades por informações omitidas nessa avaliação.*

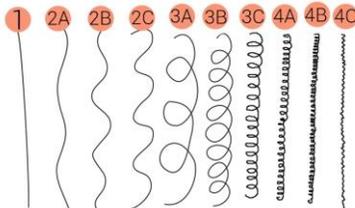
*Comprometo-me a seguir todos os cuidados necessários, recomendados pelo profissional, após o procedimento. Autorizo registro fotográfico do trabalho realizado (antes e depois) para efeito de documentação e divulgação em books, redes sociais ou qualquer material publicitário. A presente autorização é concedida gratuitamente, sem que haja a ser reclamado a título de direitos ou qualquer outro.*

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura (Cliente): \_\_\_\_\_

**AVALIAÇÃO CAPILAR:**

- 1.  Liso  A
- 2.  Ondulado  B
- 3.  Cacheado  C
- 4.  Crespo  D



Cor Natural?  SIM  NÃO  
 Característica:  Normal  Seco  Oleoso  Misto  
 Densidade:  Alta  Média  Baixa  
 Textura:  Fino  Médio  Grosso

**TESTE DE MECHAS:** Realizou?  SIM  NÃO Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tempo: \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Procedimento Realizado: \_\_\_\_\_ Profissional: \_\_\_\_\_