

tt

Atividade: \_\_\_\_\_ Indicação: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

## Avaliação:

Já fez algum tipo de depilação? ( ) Não ( ) Sim **Especifique?** \_\_\_\_\_

Está em tratamento médico? ( ) Não ( ) Sim **Especifique?** \_\_\_\_\_

Alergia? ( ) Não ( ) Sim **Especifique?** \_\_\_\_\_

Cirurgia recente? ( ) Não ( ) Sim **Especifique?** \_\_\_\_\_

Problemas de pele? ( ) Não ( ) Sim **Especifique?** \_\_\_\_\_

É gestante?: ( ) Não ( ) Sim **Semanas** \_\_\_\_\_ **Amamentando?** ( ) Não ( ) Sim

Alterações cardíacas? ( ) Não ( ) Sim **Distúrbio circulatório?** ( ) Não ( ) Sim

Distúrbio hormonal? ( ) Não ( ) Sim **Especifique?** \_\_\_\_\_

Diabétes? ( ) Não ( ) Sim **Tipo** \_\_\_\_\_ **Controlada?** ( ) Não ( ) Sim

É epilética (o)? ( ) Não ( ) Sim **Possuí hipo/hipertensão arterial?** ( ) Não ( ) Sim

Algum tumor/lesão pré cancerosa/nódulo na área depilada? ( ) Não ( ) Sim

**Especifique?** \_\_\_\_\_

Está em tratamento dermatológico? ( ) Não ( ) Sim

**Especifique?** \_\_\_\_\_

Vasos ou varizes? ( ) Não ( ) Sim **Especifique?** \_\_\_\_\_

Foliculite? ( ) Não ( ) Sim **Especifique?** \_\_\_\_\_

Tipo de pele? ( ) Oleosa ( ) Normal ( ) Seca

Manchas? ( ) Não ( ) Sim **Especifique?** \_\_\_\_\_

As declarações acima são verdadeiras, não cabendo ao profissional a responsabilidade por informações omitidas nesta avaliação.

Em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Ass: \_\_\_\_\_

Método de depilação: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Informações adicionais: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_