

# ANAMNESE

Design de Sobrancelhas

Nome do Cliente: \_\_\_\_\_

Data de Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

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

## BIOTIPO CUTÂNEO

Tipo de Pele:  Oleosa  Mista  Seca  Normal

Características:  acne  cicatriz  Manchas  Normal



## ANTECEDENTES ALÉRGICOS

1. Apresenta psoríase ou caspa?  S  N
2. Já apresentou alergia a algum tipo de cosmético?  S  N Qual: \_\_\_\_\_
3. Possui alergia a algum componente químico?  S  N Qual: \_\_\_\_\_

## INFORMAÇÕES GERAIS

1. Utiliza ácido ou produtos de descamação da pele?  S  N Qual: \_\_\_\_\_
2. Uso diário de medicamentos?  S  N Qual: \_\_\_\_\_
3. Está gestante ou amamentando?  S  N

## DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE.

As declarações prestadas acima são verdadeiras e de inteira responsabilidade do cliente. Não podendo o(a) profissional ser responsabilizad(o) por quaisquer ocorrências alérgicas. Autorizo fotografia do antes e depois para fins de portfólio e divulgação de trabalho profissional.

Assinatura do cliente \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

DATA	PROCEDIMENTO	TEMPO DE AÇÃO (MIN)	COR UTILIZADA	OBSERVAÇÕES:
	<input type="checkbox"/> Design <input type="checkbox"/> Coloração <input type="checkbox"/> Permanente			
	<input type="checkbox"/> Design <input type="checkbox"/> Coloração <input type="checkbox"/> Permanente			
	<input type="checkbox"/> Design <input type="checkbox"/> Coloração <input type="checkbox"/> Permanente			