



## ANAMNESE - FICHA CLÍNICA

### 1) Identificação do paciente

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Nascimento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Instagram: @ \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

• Já teve ou tem algum problema médico ou doença crônica?  
Qual(is)? \_\_\_\_\_  **SIM**  **NÃO**

• Já realizou algum procedimento cirúrgico?  
Qual(is)? \_\_\_\_\_  **SIM**  **NÃO**

• Passou por alguma intervenção cirúrgica recentemente?  
Qual(is)? \_\_\_\_\_  **SIM**  **NÃO**

• Está tomando, no momento, algum anticoagulante como AAS, Marevan ou algum antibiótico como Gentamicina ou Estreptomomicina?  
Qual(is)? \_\_\_\_\_  **SIM**  **NÃO**

• Possui predisposição para queloides?  **SIM**  **NÃO**

• Você possui sobrepeso ou obesidade?  **SIM**  **NÃO**

• Já teve alguma hemorragia?  **SIM**  **NÃO**

• Está grávida ou é lactante?  **SIM**  **NÃO**

• Fuma?  **SIM**  **NÃO** Quantos cigarros ao dia? \_\_\_\_\_

• Possui alguma alergia a medicamentos?  
Qual(is)? \_\_\_\_\_  **SIM**  **NÃO**

• Possui alguma alergia a alimentos?  
Qual(is)? \_\_\_\_\_  **SIM**  **NÃO**

• Alguma outra alergia conhecida?  
Qual(is)? \_\_\_\_\_  **SIM**  **NÃO**

• Está em tratamento para acne ou doenças de pele?  
Qual(is)? \_\_\_\_\_  **SIM**  **NÃO**

• Sofre de reumatismo ou angina?  
Qual(is)? \_\_\_\_\_  **SIM**  **NÃO**

• Possui alguma síndrome conhecida?  
Qual(is)? \_\_\_\_\_  **SIM**  **NÃO**

• Possui quadro depressivo?  
Qual(is)? \_\_\_\_\_  **SIM**  **NÃO**

• Tem o hábito de expor-se ao sol?  **SIM**  **NÃO**

- Usa protetor solar?

Qual(is)? \_\_\_\_\_

**SIM**

**NÃO**

- Usa algum cosmético na pele do rosto?

Qual(is)? \_\_\_\_\_

**SIM**

**NÃO**

- Já utilizou alguma vez a toxina botulínica (que apresenta várias marcas comerciais: Botox, Dysport, Pro- signe, Xeomim, etc.)?

**SIM**

**NÃO**

Marca? \_\_\_\_\_

Regiões aplicadas? \_\_\_\_\_

Quando foi a ultima aplicação? \_\_\_\_\_

Foram quantas vezes? \_\_\_\_\_

- Já usou aglum material de preenchimento temporário ou definitivo?

**SIM**

**NÃO**

Marca? \_\_\_\_\_

Regiões aplicadas? \_\_\_\_\_

Quando foi a ultima aplicação? \_\_\_\_\_

Foram quantas vezes? \_\_\_\_\_

- Citar algo que julgue importante relatar e que não tenha sido perguntado?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ATESTO QUE SÃO VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES ACIMA FORNECIDAS.**

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável

