

<http://lucianabrasileiro.tripod.com>

FICHA DE ANAMNESE CORPORAL

Nome: _____ Data de Nasc.: ____/____/____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ CEP: _____ Tel.: _____
Profissão: _____
Data: ____/____/____ Indicado por: _____

HÁBITOS

- | | | |
|------------------------------------|---------|---------|
| 1. Ingestão de bebidas alcoólicas: | () Sim | () Não |
| 2. Fumante: | () Sim | () Não |
| 3. Dorme bem: | () Sim | () Não |
| 4. Pratica algum esporte: | () Sim | () Não |
- Quais? _____

ALIMENTAÇÃO

- | | | | |
|--------------------------------------|------------|--------------|-----------|
| 1. Ingestão de água: | () Muito | () Moderada | () Pouco |
| 2. Digestão | () Rápida | () Lenta | |
| 3. Horário de alimentação regulares: | () Sim | () Não | |
| 4. Acompanhamento médico: | () Sim | () Não | |
| 5. Dietas: | () Sim | () Não | |
| 6. Restrições alimentares: | () Sim | () Não | |
- Quais? _____

ALTERAÇÕES

- | | | |
|------------------------------|---------|---------|
| 1. Cardíacas: | () Sim | () Não |
| 2. Vasculares: | () Sim | () Não |
| 3. Reumáticas: | () Sim | () Não |
| 4. Renais: | () Sim | () Não |
| 5. Glandulares: | () Sim | () Não |
| 6. Ginecológicas: | () Sim | () Não |
| 7. Próteses metálicas: | () Sim | () Não |
| 8. Bronquite: | () Sim | () Não |
| 9. Alergias: | () Sim | () Não |
| 10. Resfriado: | () Sim | () Não |
| 11. Usa D.I.U: | () Sim | () Não |
| 12. Pressão nos membros: | () Sim | () Não |
| 13. Constipação intestinal: | () Sim | () Não |
| 14. Retenção de gases: | () Sim | () Não |
| 15. Toma anovulatório: | () Sim | () Não |
| 16. Ciclo menstrual regular: | () Sim | () Não |
| 17. Número de gestações? | _____ | |
| 18. Última menstruação? | _____ | |
| 19. Última consulta médica? | _____ | |

QUESTIONÁRIOS

6. Possui outras disfunções aqui não descritas: () Sim () Não
Quais? _____
6. Está realizando algum tratamento médico: () Sim () Não
Quais? _____
6. Está grávida: () Sim () Não
6. Está usando medicamentos: () Sim () Não
Quais? _____
6. Ingeriu medicamentos por tempo prolongado: () Sim () Não
Quais? _____
6. Possui alguma alergia a produtos de tratamentos corporal: () Sim () Não
Quais? _____

ESTRUTURA

Grande () Média () Pequena ()
Peso:
Altura:

BIOMETRIA

Braço E: Braço D:
Busto:
Estômago:
Cintura:
Abdômen:
Quadril:
Culote E: Culote D:
Coxa E: Coxa D:
Perna E: Perna D:
Celulite: () Sim () Não
Grau: () I () II () III ()
IV
Gordura localizada: () Sim () Não
Onde? _____

Ptose: () Sim () Não
Onde? _____

Vibices: () Sim () Não
Onde? _____

**Cursos
Treinamentos
Equipamentos**



**Eventos
Distribuidora
Produtos**

<http://lucianabrasileiro.tripod.com>

Tratamento feito anteriormente:

Tratamento indicado:

Nº de aplicações:

Manutenção indicada pela esteticista:

Termo de responsabilidade

As declarações acima são expressões da verdade, não cabendo ao terapeuta corporal a responsabilidade por fatos falsos ou omitidos.

Data: / /

Assinatura da esteticista responsável:_____

Assinatura da cliente reconhecida:_____

Luciana Brasileiro Cosméticos
R- Dos Navegantes, 595 Lj- 102 Boa Viagem Recife-PE CEP: 51.021-010
Fone: (0xx81)3328-7911/3064-0307
Site: <http://lucianabrasileiro.tripod.com>
E-mail: luciana.brasileiro@gmail.com