

<http://lucianabrasileiro.tripod.com>

**FICHA DE ANAMNESE FACIAL**

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nasc.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Raça: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Indicado por: \_\_\_\_\_

**Exame Objetivo**

1. COR:  Branca  Negra  Parda  
 Morena
2. APARÊNCIA:  Normal  Pálida  Avermelhada
3. SUPERFÍCIE:  Rugosa  Áspera  Lisa e Fina
4. LESÕES:  Comedões  Pápulas  Cistos  
 Pústulas
5. BIOTIPO CUTÂNEO:  Eudérmica  Mista  Alípica  
 Lipídica
6. PELE COM ACNE:  Grau I  Grau II  Grau III  
 Grau IV
7. FLACIDEZ:  Face  Região submental  Pescoço
8. DESIDRATAÇÃO:  Superficial  Profunda

**Complicações**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Millium             | <input type="checkbox"/> Telangiectasia     |
| <input type="checkbox"/> Xantasma            | <input type="checkbox"/> Rosácea            |
| <input type="checkbox"/> Folliculite         | <input type="checkbox"/> Cicatriz           |
| <input type="checkbox"/> Discromia – manchas | <input type="checkbox"/> Efélides           |
| <input type="checkbox"/> Couperose           | <input type="checkbox"/> Seborréias         |
| <input type="checkbox"/> Rugas               | <input type="checkbox"/> Verrugas ou pintas |
| <input type="checkbox"/> Flacidez            |   |

**Antecedentes**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Marcapasso  | <input type="checkbox"/> Cirurgia Plástica             |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão   | <input type="checkbox"/> Neoplasia                     |
| <input type="checkbox"/> Problema endócrino  | <input type="checkbox"/> Prótese dentária              |
| <input type="checkbox"/> Menstruação   | <input type="checkbox"/> Gravidez                      |
| <input type="checkbox"/> Problema intestinal   | <input type="checkbox"/> Diabetes                      |
| <input type="checkbox"/> Uso de medicamentos   | <input type="checkbox"/> Medicamento em uso prolongado |
| <input type="checkbox"/> Lentes de contato   | <input type="checkbox"/> Problema renal                |
| <input type="checkbox"/> Tem problema a algum cosmético? A qual principio ativo? _____ |  |
| <input type="checkbox"/> Usa cosméticos? Quais? _____                                  |  |

**Observações dos Antecedentes / O que já foi feito na pele**

---

---

---

**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**

Cursos  
Treinamentos  
Equipamentos



Eventos  
Distribuidora  
Produtos

<http://lucianabrasileiro.tripod.com>

TRATAMENTO INDICADO :  
Nº DE APLICAÇÕES:

*Roteiro da Beleza / Manutenção indicada pela Esteticista*

Manhã:  
Noite:

---

**Termo de responsabilidade**

As declarações acima são expressões da verdade, não cabendo ao terapeuta facial 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](mailto:luciana.brasileiro@gmail.com)