

## ANAMNESE MICROPIGMENTAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

### Histórico de Saúde

- |                |   |                      |   |
|----------------|---|----------------------|---|
| • Fumante?     | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | • Cardiopatia?       | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| • Alergia?     | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | • Anemia?            | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| • Gravidez?    | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | • Depressão?         | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| • Hipertensão? | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | • Glaucoma?          | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| • Herpes?      | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | • Portador de HIV?   | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| • Queloide?    | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | • Doença de pele?    | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| • Diabetes?    | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | • Câncer?            | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| • Hepatite?    | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | • Remédio para Acne? | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |

Possui algum problema de saúde não citado acima?  SIM  NÃO \_\_\_\_\_

### Procedimento

Técnica Realizada:  LÁBIOS  OLHOS  SOBRANCELHAS

Tipo de pele: \_\_\_\_\_ Pigmento: \_\_\_\_\_ Lâmina: \_\_\_\_\_

Cor do pelo: \_\_\_\_\_ Data de Retoque: \_\_\_\_\_

Autorizo a realização do procedimento de Micropigmentação, assim como o registro fotográfico de Antes e Depois. Comprometo-me a seguir todas as orientações do profissional, e declaro que todas as informações acima são verdadeiras, e caso haja algum desconforto, procurarei imediatamente um pronto atendimento.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente

\_\_\_\_\_  
Data do Procedimento