

## QUESTIONÁRIO DE ANAMNESE

Nome completo: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Nascimento: \_\_\_\_\_  
Celular: \_\_\_\_\_ Telefone fixo: \_\_\_\_\_  
Queixa principal: \_\_\_\_\_  
Queixa secundária: \_\_\_\_\_

### CONTROLE DE SEGURANÇA

Conforto e segurança são aspectos fundamentais para que você possa usufruir plenamente dos benefícios dos tratamentos realizados na clínica de estética avançada Dra Paula Palma. Esta investigação visa reduzir significativamente os riscos inerentes aos métodos empregados, pois a identificação e tratamento de alterações previamente existentes na saúde do paciente contribuem para diminuir a incidência das intercorrências, complicações e fatores que possam interferir no resultado esperado. Este formulário será parte do prontuário clínico. Estes dados têm relação direta com sua saúde física e mental. **Marque com X:**

### HÁBITOS

Utiliza algum cosmético? [ S ] [ N ] Qual (is)?

Pratica exercícios físicos? [ S ] [ N ] Qual (is)?

É fumante? [ S ] [ N ] Ingere bebidas alcoólicas? [ S ] [ N ] [ Socialmente ]

Qualidade do sono [ Boa ] [ Regular ] [ Péssima ]

Exposição ao sol? [ Pouca ] [ Moderada ] [ Muita ]

Estresse [ Nenhum ] [ Leve ] [ Moderado ] [ Muito ]

Faz acompanhamento nutricional? [ S ] [ N ]

Utiliza filtro solar diariamente? [ S ] [ N ] Qual frequência?

Se expõe ao sol sem filtro solar? [ S ] [ N ] Qual frequência?

Ingestão de água diária [ 250mL ] [ 500mL ] [ 1L ] [ 2L ] [ +2L ]

Faz uso de algum medicamento? [ S ] [ N ] Qual (is)?

### DOENÇAS / ALTERAÇÕES

Já teve algum tipo de alergia ou intolerância? [ S ] [ N ] Qual (is)?

Alergia à ovo? [ S ] [ N ]

Funcionamento intestinal regular? [ S ] [ N ]

Tem alguma alteração hormonal? [ S ] [ N ] Qual (is)?

Faz algum tratamento médico? [ S ] [ N ] Qual (is)?

Doença de fígado? [ S ] [ N ] Qual (is)?

É hipertenso? [ S ] [ N ]

Portador de marcapasso? [ S ] [ N ]

Colesterol alto? [ S ] [ N ]

É Diabético? [ S ] [ N ]

Problemas cardíacos? [ S ] [ N ] Qual (is)?

Está ou já esteve em tratamento de tumor? [ S ] [ N ] Qual (is)? Quando?

Tem ou já teve hepatite? [ S ] [ N ] Qual tipo? Quando?

Alterações/Disfunções vasculares? [ S ] [ N ] Qual (is)?

Está em tratamento de alguma doença ou infecção? [ S ] [ N ] Qual (is)?

Toma Anticoagulante? [ S ] [ N ] Qual (is)?

Tem herpes? [ S ] [ N ] Qual região?

Tem tendência a quelóide? [ S ] [ N ]

Implante ou prótese dentária? [ S ] [ N ]

Observações adicionais: Declaro que as informações acima são verdadeiras, não cabendo ao profissional a responsabilidade por informações omitidas. Em caso de alteração das informações acima descritas, ou no aparecimento de novos sintomas, ou na troca de medicamentos informarei o profissional na próxima sessão.

Londrina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_