



TULÍPIA

Ficha de Avaliação Facial

Nome: _____ Nasc.: ____ / ____ / ____ Idade: _____

E-mail: _____ Indicação: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Tel.: _____ / _____ Cel.: _____

Exame físico

Queixa principal: _____

Alérgico a algum medicamento? _____ Está fazendo uso de algum medicamento? _____

Faz uso regular de filtro solar? _____ Qual fator? _____

Faz uso de algum ácido ou peeling químico? _____ Já teve algum tipo de câncer de pele? _____

Tem casos de câncer de pele na família? _____ Está grávida ou amamentando? _____

Possui algum distúrbio ocular? Ex: catarata/glaucoma _____

Tipo de pele: _____ Acne: () Grau I () Grau II () Grau III

Manchas: _____ Sulcos: () Nasogeniano () Nasolabial () Corrugador de Supercílio

Flacidez de pele: _____

Já teve herpes simples: () Sim () Não A quanto tempo? _____

Exposição solar: () Sim () Não Duração: _____

Níveis Pressóricos: () Elevada () Normal () Baixa Medicamento? _____

Ingesta de água: () <1litro () 1-2litros () 2-3litros

Alimentação: () Controlada () Irregular () Normal () Vegetariana

Funcionamento intestinal regular: () Sim () Não

Observações: _____

Assinatura do paciente pelo n°. de sessões realizadas

Data das aplicações	Assinatura do paciente
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____



Ficha de Avaliação Facial

Inspeção / Palpação

Cor: Branca Morena Negra
Biótipo: Normal Mista Oleosa Seca
Fototipo: I II III IV V VI
Grau de hidratação: Hidratada Semi-hidratada Desidratada
Textura da pele: Fina Áspera Normal Com rugas Espessa Flácida
Grau de envelhecimento (Glogau): Leve Moderado Avançado Severo
Grau de envelhecimento (Lapierre e Pierard): I II III
Rugas: Superficiais Médias Profundas Onde? _____
Ptoses: Grau I Grau II Grau III

Manchas Pigmentares: Acromia Hiperchromia Hipocromia Cloasma Efélides
Manchas Vasculares: Cianose Eritema Hematoma Petéquias Telangiectasias
Cosméticos em _____ Marca: _____
Uso atual: _____
 Sabonetes _____
 Emulsão de limpeza _____
 Loções _____
 Hidratantes _____
 Filtro solar FPS _____
 Máscaras _____
 Bases/pó _____

Prescrição para o cliente

MANHÃ: _____

NOITE: _____

CUIDADOS ESPECÍFICOS: _____



1

Data: ____ / ____ / ____

Obs: _____



2

Data: ____ / ____ / ____

Obs: _____



3

Data: ____ / ____ / ____

Obs: _____



4

Data: ____ / ____ / ____

Obs: _____



5

Data: ____ / ____ / ____

Obs: _____



6

Data: ____ / ____ / ____

Obs: _____



7

Data: ____ / ____ / ____

Obs: _____



8

Data: ____ / ____ / ____

Obs: _____



9

Data: ____ / ____ / ____

Obs: _____