



Ficha de Anamnese Corporal

Identificação

Nome: _____ Indicação: _____
E-mail: _____ Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____
CEP: _____ Tel.: _____ Nasc.: ____/____/____ Profissão: _____

História Social

Etilismos? _____ Tabagismo? _____ Realiza Dieta? _____ Realiza Atividades físicas? _____
Obs.: _____

História Patológica Pgressa

Possui alguma alergia? _____ Qual? _____ Está grávida? _____
Está em tratamento médico? _____ Qual? _____ Está usando medicamentos? _____
Qual? _____ Ingeriu medicamentos por longo tempo? _____
Qual? _____
Cardíaca? _____ Vasculares? _____ Reumáticas? _____ Constipação intestinal? _____ Renal? _____ DIU? _____
Glandulares? _____ Qual? _____ Ginecológicas? _____
Próteses metálicas? _____ Bronquite? _____ Alergias? _____ Resfriados? _____
Utilização de contraceptivos? _____
Já teve herpes simples: () Sim () Não A quanto tempo? _____ Ingesta de água: () <1litro () 1-2litros () 2-3litros
Níveis Pressóricos: () Elevada () Normal () Baixa Medicamento? _____
Exposição solar: () Sim () Não Duração: _____
Alimentação: () Controlada () Irregular () Normal () Vegetariana
Funcionamento intestinal regular: () Sim () Não

Prescrição para o cliente

Manhã: _____

Noite: _____

Cuidados Específicos: _____

Biotipo

Andróide () Ginecóide () Peso: _____ Altura: _____

Biometria

Medida atual Data: ____ / ____ / ____ Data: ____ / ____ / ____ Data: ____ / ____ / ____ Data: ____ / ____ / ____

Busto				
Axilar				
Dorso				
Braço dir. I				
Braço dir. II				
Braço dir. III				
Braço esq. I				
Braço esq. II				
Braço esq. III				
Ab. superior				
Cintura				
Ab. inferior II				
Culote				
Quadril				
Coxa dir.				
Joelho dir.				
Coxa esq.				
Joelho esq.				
Perna dir. I				
Perna dir. II				
Perna dir. III				
Perna esq. I				
Perna esq. II				
Perna esq. III				

Indicação: Lipodistrofia ginóide () Gordura localizada () Estrias () Flacidez ()

Tratamento	1ª sessão	2ª sessão	3ª sessão	4ª sessão	5ª sessão	6ª sessão	7ª sessão	8ª sessão	9ª sessão	10ª sessão
Carboxiterapia										
Drenagem										
Manthus										
Peeling										
Mesoterapia										
Phydias										
Diamondtip*										
Eletroporação										
Massagem Mod.										
Massagem Relax.										

*(peeling de diamantes)

Observações: _____

Termo de Responsabilidade

As declarações acima são verdadeiras, não cabendo ao profissional a responsabilidade por fatos omitidos ou falsos.

Assinatura do Cliente: _____