



FICHA DE ANAMNESE - ENFERMAGEM ESTÉTICA

ESSENZA
MEDICAL AESTHETICS

Prontuário Clínico

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Data Nasc.: ____/____/____
CPF: _____ RG: _____ Sexo: _____
Telefone: _____ E-mail: _____
Endereço: _____

2. QUEIXA PRINCIPAL

Objetivo do tratamento: _____

3. HISTÓRICO CLÍNICO

Doenças: HAS ☐ DM ☐ Cardiopatias ☐ Tireoide ☐ Epilepsia ☐ Autoimune ☐ Câncer ☐ Outros _____

Medicamentos: _____

Alergias: _____

4. HÁBITOS

Tabagismo ☐ Sim ☐ Não Alcool ☐ Sim ☐ Não Atividade Física _____
Sono _____ Água/dia _____

5. HISTÓRICO ESTÉTICO

Botox ☐ Preenchimento ☐ Bioestimulador ☐ Fios PDO ☐ Peeling ☐ Laser ☐ Microagulhamento ☐
Outros _____

6. AVALIAÇÃO FACIAL

Fototipo Fitzpatrick: I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI ☐
Glogau: I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐
Pele: Normal ☐ Oleosa ☐ Seca ☐ Mista ☐ Sensível ☐
Acne (GAGS): _____ Melasma (MASI): _____ Rosácea: _____
Escala Merz: _____

7. ANTROPOMETRIA FACIAL

Terços Faciais ☐ Quintos Faciais ☐ Linha Média ☐ Plano de Frankfort ☐
Máscara Phi ☐ Ângulo Nasolabial ☐ Ângulo Cervicomentoniano ☐ Simetria Facial ☐

8. AVALIAÇÃO CORPORAL

Peso _____ Altura _____ IMC _____
Celulite (Nürnberg-Müller): 0 ☐ I ☐ II ☐ III ☐
Flacidez _____ Estrias _____

9. REGISTRO FOTOGRÁFICO

Frente ☐ Perfil Direito ☐ Perfil Esquerdo ☐ Oblíquas ☐ Antes ☐ Depois ☐

10. PLANO TERAPÊUTICO

Procedimentos: _____
Produtos: _____
Número de sessões: _____ Intervalo: _____
Orientações: _____

11. EVOLUÇÃO



Data: ____/____/____ Observações: _____

Data: ____/____/____ Observações: _____

ESSENZA

MEDICAL AESTHETICS



12. CONSENTIMENTO

Declaro que as informações fornecidas são verdadeiras e autorizo a realização da avaliação e dos procedimentos propostos, estando ciente dos riscos, benefícios e cuidados pós-procedimento.

Paciente: _____ Data: ____/____/____

Enfermeiro(a): _____ COREN: _____