

Áreas de interesse:

Abdômen		Buço		Pernas		Virilha	
Aréola		Costas		Pescoço		Outros	
Axila		Coxas		Queixo		Todas	
Barba		Nuca		Rosto			
Braços		Ombros		Tórax			

FICHA DE ANAMNESE PARA DEPILAÇÃO A LASER (DIODO) MILESMAN

Nome: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Profissão: _____ CPF: _____

RG: _____ Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____ e-mail: _____

Tel. Residencial: _____ Celular: _____

Método de depilação anterior: () cera () lâmina () laser/luz pulsada _____

Problemas? () S () N. Qual (is)? () encravamento () manchas () outros _____

Medicamento em uso? () S () N. Qual? _____ Roacutan? Tto vitiligo? () S () N.

Alergia a medicamento? () S () N. Qual? _____

Tratamento dermatológico/estético atual? () S () N. Qual? _____ Ácidos? () S () N.

Exposição solar frequente? () S () N. Usa protetor solar? () S () N.

Alteração hormonal? () S () N. Qual? _____ Hirsutismo () S () N.

Gestante? () S () N. Herpes recidivante? () S () N.

Manchas na área a ser depilada? () S () N. Qual região? _____

Fototipo? () I () II () III () IV () V () VI

Pêlos: () brancos () loiros claros/ruivos () castanhos claros () castanhos escuros/negros

Observação: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Afirmo serem verdadeiras todas as informações acima prestadas.

Goiânia, _____ de _____ de _____.

Assinatura: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMATIVO

Eu, _____ pelo presente instrumento, declaro que fui suficientemente esclarecido(a) pela atendente deste estabelecimento sobre os procedimentos relativos a depilação a laser dos pêlos a que vou me submeter, ou a pessoa que vai ser submetido(a), _____, do qual sou responsável legal, bom como os riscos e objetivos do tratamento.

Fui advertido(a) também que a área depilada deverá ser protegida diariamente com protetor ou bloqueador solar durante todo o período do tratamento e não deve ser exposta ao sol 15 dias antes e 07 dias depois da aplicação do laser.

Apesar de bem tolerado pela maioria dos pacientes, a depilação a laser com o Laser de Diodo Milesman pode apresentar alguns efeitos colaterais como vermelhidão, pequenas bolhas, manchas claras ou escuras que normalmente regredem na maioria dos casos, conforme estudos já realizados nos Estados Unidos até a presente data. **Caso ocorra qualquer irritação, a responsável pela operação do laser deverá ser imediatamente informada.**

Os resultados esperados podem variar de um paciente para outro, sendo que o número de sessões é determinado pela variação do número de pêlos, cor, espessura e fase do ciclo em que os pêlos se encontram. Pelos brancos, claros, ruivos e finos demais podem não ser eliminados pelo laser.

Se o (a) paciente tiver alguma disfunção hormonal, deverá ser primeiramente tratada para posteriormente fazer a depilação a laser, pois os pelos poderão voltar a crescer, diminuindo a eficácia do tratamento.

A paciente deverá informar a operadora, se durante o tratamento engravidar ou se iniciar o uso de qualquer medicação nova durante o tratamento. Não é permitido o uso de substâncias ácidas sobre a pele a ser tratada com o laser.

Em caso de pacientes com vitiligo, a depilação a laser somente poderá ser realizada com autorização escrita do médico responsável.

O paciente em tratamento com o medicamento Roacutan (isotretinoína) não poderá fazer a depilação a laser antes de 90 dias de suspensão do mesmo.

Pelo presente instrumento também manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para realização do procedimento acima descrito.

Goiânia, _____ de _____ de 20_____.

Centro de Estética

Cliente