

Anamnese de Micropigmentação

Nome: _____ RG: _____ CPF: _____-____-____

Endereço: _____

Não fazemos em menores de 18 anos! Celular: (____) _____ Email: _____

AVALIAÇÃO

Qual procedimento desejado?

Primeira Micropigmentação Retoque, por outro(a) profissional Retoque feito pelo(a) mesmo(a) profissional

Como você classifica sua pele?

- Tipo I – Pele muito clara, sempre queima e nunca bronzeia.
 Tipo II – Pele clara, sempre queima e algumas vezes bronzeia.
 Tipo III – Pele menos clara, algumas vezes queima e sempre bronzeia.
 Tipo IV – Pele morena clara, raramente queima e sempre bronzeia.
 Tipo V – Pele morena escura, nunca queima e sempre bronzeia. Tipo
 VI – Pele negra, nunca queima e sempre bronzeia.

Nesta data, tomo de acordo a aplicação de Micropigmentação.

- 1- Cuidados e riscos diante do resultado de Micropigmentação.
- 2- Ciente de que será feito por: Alunos () Profissional ()
- 3- O resultado do mesmo varia de acordo com a realização dos cuidados a serem tomados pelo cliente.
- 4- Ciente das orientações dada pelo (a) profissional.
- 5- Quem apresentar os problemas indicados abaixo não deve se submeter aos métodos utilizados na Micropigmentação (Maquiagem Definitiva).

Sua pele cicatriza facilmente? _____

Já teve Herpes Labial? _____

Problemas Hormonais? _____

Câncer? _____

Alterações no Sistema imunológico? _____

Gravida ou tentando engravidar? _____

Amamentando? _____

Hipertensão? _____

Materiais preenchedores de pele? _____

Hepatite? _____

Claustrofobia? _____

HIV? _____

Infecção? _____

Bronzeamento artificial recente? _____

Lúpus? _____

Fumante? _____

Usa lente de contato? _____

Dermatite ativa na área a ser trabalhada? _____

Faz uso de anticoagulante? _____

Diabetes? Problemas de cicatrização? _____

Está usando ácidos? _____

Trabalha exposto ao sol? _____

Faz uso frequente de Botox? SIM () NÃO () A quanto tempo? _____

Cite todos os antecedentes alérgicos que tenha conhecimento _____

Tomando algum tipo de medicamento, hormônio ou vitamina? Sim Não Qual? _____

Já fez Micropigmentação por outro profissional? SIM () NÃO

() Sobancelha () Boca () Olho () Quanto tempo? _____ E que cor está? _____

Satisfeita com o design (resultado) antigo? Sim () Não () Porque? _____

Existe alguma informação importante de saúde que o profissional precise saber? _____

Faz uso de: Sabonete facial / Tônico Esfoliante / Máscara Secativo / Filtro Solar / Outros. Quais? _____

PROCEDIMENTO **(preenchido pelo profissional)**

1ª sessão feita em ____/____/____ Procedimento: _____ Cores: _____

Quantidade de gotas: _____ Agulhas: _____

Observações: _____

AUTORIZAÇÃO

Assinatura cliente

Assinatura Profissional

EU, _____, portadora do CPF ou RG nº _____, estou de acordo com o procedimento de Micropigmentação (maquiagem semi-permanente) e/ou tratamentos de Estrias ou Reabilitação Micropigmentar a ser realizado pela profissional. Estou ciente de todos os efeitos pós pigmentação (inchaço, coceira, formação de casquinha sobre o local pigmentado, ardência e vermelhidão) e aceito as condições préestabelecidas abaixo:

- Utilização de materiais descartáveis e equipamentos;
- Cor e tonalidade escolhida pela profissional;
- Método e técnica de Micropigmentação com indutor elétrico ou manual (Dermógrafo/MicroPen/Tebori);
- Modelos elaborados pela profissional e aprovado pela paciente;
- **O retoque não está incluso.** Caso a cliente queira uma mudança de técnica o valor será cobrado igualmente;
- Na ocasião do procedimento, observar seriamente o resultado. Qualquer reclamação posterior, ficará a critério da profissional um novo atendimento, **NÃO** sendo isento de custo.

Fica a profissional isenta de qualquer responsabilidade sobre o resultado e intercorrências que possam eventualmente ocorrer em detrimento da omissão dos itens citados na página anterior;

- Fica a profissional isenta de qualquer responsabilidade, sobre a existência de arrependimento posterior à realização do procedimento;
- Foi explicado que em algumas circunstâncias alheias ao procedimento, como por exemplo, tipo de pele, alergias, uso de fumo, álcool em excesso, medicamentos à base de ácido acetilsalicílico (Aspirina®, AAS®, BUFFERIN®, etc), e outras medicações anticoagulantes podem afetar a cicatrização, a coagulação do sangue e/ou a recuperação, podendo o procedimento apresentar complicações.
- Fui informada e compreendi que a prática da Micropigmentação não é uma ciência exata;
- Não podem ser dadas garantias nem certeza absoluta quanto ao resultado do tratamento;
- Permito a execução de fotografias, imagens e gravações do procedimento para ser usados no aprimoramento e avanço da técnica, e autorizo desde já que sejam exibidas em palestras, congressos, jornadas e eventos, contanto que seja preservada minha identidade;

Além disso, é de meu conhecimento que, após o procedimento, as instruções abaixo devem ser seguidas:

Cuidados pós procedimentos:

- Não lavar em 24h e não fazer exercícios físicos
- Não passar nenhum tipo de cicatrizante, apenas a pomada para hidratação
- Não se expor ao sol no mínimo nos próximos 7 dias;
- Proibido banho de mar, piscina e sauna por 10 dias no procedimento Micropigmentação
- Não remover casquinhas até total cicatrização;
- Usar sempre bloqueador solar acima de FPS acima de 30 (após os 7 dias);
- O uso de cremes à base de ácidos sobre o local pigmentado alteram a cor causando resultados indesejados.
- Utilizar pomada indicada pela profissional, após o procedimento realizado por sete dias. Aplicação: no mínimo 3 vezes ao dia;
- Não coçar na área de aplicação do pigmento;

- Não passar absolutamente nada em cima do procedimento, somente a pomada indicada.

***A cliente deve estar ciente que durante o processo de pigmentação "poderá desbotar totalmente que o mesmo só estará completo após o retoque. (Retoque defere ser feito no período de 28 a 60 dias após a primeira aplicação ***

**Para os procedimentos de TRATAMENTO DE ESTRIAS e REABILITAÇÃO MICROPIGMENTAR seguir os cuidados indicados pela profissional.

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE ESCLARECIMENTOS E TERMO DE RESPONSABILIDADE

Custo por aplicação R\$ _____

A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades e, em destaque, das seguintes formas: (I) home page; (II) cartazes; (III) divulgação em geral. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro. Assim estabelecido e ciente das disposições acima, assino e concordo.

Curitiba _____ de _____ 20 _____

Assinatura

Assinatura Profissional