

Ficha de Anamnese de Cílios



Nome:		
DN:	RG:	CPF:
Endereço:		Bairro:
Cidade:	UF:	CEP:
Fone res:		WhatsApp:
Email:		Instagram:
Facebook:		Atividade:
Se for menor (Responsável):		Como você nos conheceu?:

Está de Rimel? Sim Não **Está em tratamento oncológico?** Sim Não

Possui problemas de Tireóide? Sim Não **É gestante?** Sim Não

Procedimento recente nos olhos? Sim Não

Possui alergia a esmaltes/cosméticos/cinacrilato? Sim Não

Especifique:

Possui glaucoma/blefarite/algum problema ocular? Sim Não

Especifique:

Dorme de lado? Sim Não Qual? **Lacrimejamento constante?** Sim Não

Queda nos fios anormal? Sim Não **Depressão?** Sim Não

Epilepsia? Sim Não **Piboríase (Área Ocular)?** Sim Não

Usa algum estimulante para crescimento dos pelos? Sim Não

Existe algum procedimento que julgue ser necessário informar ao profissional antes do procedimento? Sim Não

Autorizo a realização do procedimento de Alongamento de Cílios

Autorizo o registro fotográfico do “antes” e “depois”, para documentação e divulgação profissional. As declarações que constam nessa ficha de Anamnese são verdadeiras, não cabendo ao profissional, a responsabilidade por informações omitidas nesta avaliação.

Comprometo-me a seguir todos os cuidados necessários após o procedimento

CUIDADOS: • Não molhar os cílios por 24 horas após aplicação; • Evitar água muito quente, vapor ou sauna, pois diminuem o tempo do alongamento e a curvatura dos fios; • Não esfregar ou puxar os fios; • Não utilizar “Curvex” ou máscara de cílios; • Evitar Demaquilantes à base de óleo (bifásicos), preferencialmente higienizar com soro fisiológico ou shampoo neutro de bebê (Johnsons® amarelo); • Evitar o calor do secador de cabelos, diretamente nos cílios. ☒

ATENÇÃO: NÃO FAÇA REMOÇÃO DO ALONGAMENTO SOZINHA, POR TER O RISCO DE AO PUXAR OS SINTÉTICOS VIREM OS CÍLIOS NATURAIS JUNTO. PROCURE AJUDA DO PROFISSIONAL PARA QUE SEJA FEITA ADEQUADAMENTE (a remoção poderá ser cobrada taxa). Para o bom resultado, é necessário que se proceda com todos os cuidados citados acima, caso contrário qualquer reação que se aplique será de responsabilidade da cliente.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do cliente

Assinatura do profissional

