

FICHA DE AVALIAÇÃO DE DERMO



DADOS E PROCESSOS:

Consultora:

Cliente:

Data de nascimento: ___/___/___

CPF: _____

*Menores de 18 anos com autorização dos pais

Realizou o teste alérgico? () SIM () NÃO

Um processo alérgico pode apresentar-se mesmo sem histórico médico. Por isso é indicado que seja realizado em todos os clientes e antes do procedimento, um TESTE DE CONTATO. Se o cliente for alérgico, enviaremos uma amostra para a dermatologista dos nossos pigmentos para uma avaliação mais detalhada.

Foto de antes? () SIM () NÃO

Documento indispensável para que seja constatado com o que o cliente verdadeiramente apresentou.

Foto do projeto? () SIM () NÃO

Documento indispensável para constatar e assegurar o combinado entre profissional e cliente no quesito forma, cor e disposição mediante toda avaliação prévia.

ADVERSIDADES IMPEDITIVAS:

Queloides? () SIM () NÃO

Ocorre por desordem a cicatrização em função de auto produção de colágeno. Não realizar o procedimento.

Gestação ou amamentação? () SIM () NÃO

Não existe comprovação científica de malefício à mamãe ou ao seu feto, porém, por se tratar de um momento delicado, apenas realizaremos com autorização médica.

IMPORTANTE: se qualquer contraindicação for assinalada (SIM), o procedimento não deverá ser realizado. É importante entender que QUALQUER quadro de sapude fora do normal que aqui não foram listados venha acompanhado de autorização médica para a realização do procedimento.

Ao consultor: Entre o documento “orientações sobre a dermolev” para que ele apresente ao médico responsável e peça uma autorização carimbada e assinalada pelo mesmo. O procedimento de dermolev é relativamente simples, porém, todo cuidado é vem vindo a fim de evitar situações desagradáveis.

ADVERSIDADES:

1) **Tem ou já teve doença contagiosa ou grave? Ex: hepatite e câncer?**

Doenças contagiosas não impedem o procedimento, porém para casos graves, ainda que não seja contagiosa como, por exemplo o câncer, o médico deverá ser consultado e autorizar por escrito a liberação do procedimento.

Quimioterapia: Recomenda-se passar pelo procedimento antes para aproveitamento do desenho natural dos pelos antes da queda ou um mês após o término.

Radioterapia: Recomenda-se aguardar 90 dias.

SIM NÃO

Qual? _____

2) Está gripada ou esteve gripada nos últimos 15 dias?

Medicamentos antigripais em geral são vasodilatadores, assim como aspirina. Neste caso poderá haver maior fluidez plasmática sendo necessário maior uso da Dermo Pasta com água gelada.

SIM NÃO

Qual? _____

3) Faz uso de medicamento contínuo?

O uso de medicamentos não impossibilitam a realização da técnica. Ficar atento ao cuidado específico de alteração comportamental, bem como o registro para uso caso necessário.

SIM NÃO

Qual? _____

Por que?

4) Está em período menstrual?

No período menstrual a sensibilidade a dor é maior, causando um desconforto fora do padrão.

SIM NÃO

5) Alergia em geral a algum anestésico tópico? Ex.: pomada de dentista.

Se a pele estiver lesionada no local do procedimento por qualquer tipo de alergia, não realizar o

procedimento até que normalize. Caso seja alérgica a anestésicos tópicos, não usar!

SIM NÃO

Qual? _____

6) Elasticidade da pele

Necessário para entender o quanto devemos esticar e conduzir o procedimento.

Elástica

Retrátil

Normal

7) Tipo de pele

Necessário para entender a absorção do pigmento e prestar orientação aos cuidados para maior durabilidade.

Oleosa

Seca

Normal

Mista

8) Vícios de expressão

Necessário para harmonizar as assimetrias das sobrancelhas e registrar a ocorrência.

Vícios de expressão: Sim Não

Sobrancelha mais alta: Esquerda Direita

Ocorrências:

Incompletas

Pelos Brancos

Cicatrizes

9) Já fez maquiagem definitiva e/ou dermopigmentação?

Se já fez algum dos procedimentos a análise para a dermo deverá ser extremamente criteriosa em relação a cor, desenho e etc. Lembre-se que existem casos que recomendamos despigmentação.

SIM NÃO

Há quanto tempo e qual a cor?

10) Características do pelo

Densidade:

- Alta
- Normal
- Baixa

Espessura:

- Grossa
- Média
- Fina

Cor:

- Preto
- Cast.
- Loiro
- Pelos brancos

11) Tipo de sobrancelha

- Reta
- Semi reta
- Arqueada
- Semi arqueada

- Circular
- Semi cicular
- Angular
- Semi angular
- Diagonal ascendente
- Diagonal descendente

ANÁLISES APÓS O PROCEDIMENTO:

1) Absorção do pigmento

- Normal
- Demorada
- Rápida

2) Fototipo

3) Pigmento utilizado

Cor: -----

Nº do lote: -----

Mistura: -----

Nº do lote: -----

4) Nível de sensibilidade

- Indolor
- Incômodo
- Dolorido