

FICHA DE DIAGNOSE CORPORAL

DADOS PESSOAIS:

NOME: _____.

EST. CIVIL: _____ NACIONALIDADE: _____ NATURALIDADE: _____.

PROFISSÃO: _____ CPF: _____ RG: _____.

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____.

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ UF: _____.

TEL.: RESIDENCIAL: () _____ CELULAR: _____.

E-MAIL: _____ ORKUT: _____.

OUTROS: _____.

OCUPAÇÃO: _____ DATA DE NASC.: / / IDADE: _____.

QUEIXA PRINCIPAL: _____
_____.

HISTÓRICO:

JÁ FEZ ALGUM TRATAMENTO ESTÉTICO? ☐ SIM ☐ NÃO

QUAL/QUAIS? _____.

DOENÇA PREGRESSA ? ☐ SIM ☐ NÃO

QUAL/QUAIS? _____.

FAZ USO DE MECICAMENTO? ☐ SIM ☐ NÃO

QUAIS? _____.

ME RELATE COMO É SUA ALIMENTAÇÃO?

HORÁRIO: _____.

_____.

_____.

JÁ FEZ ALGUMA CIRURGIA? ☐ SIM ☐ NÃO

QUAL/QUAIS? _____.

FAZ USO DE COSMÉTICOS? ☐ SIM ☐ NÃO

QUAIS?_____.

PRATICA ALGUM ESPORTE? ☐ SIM ☐ NÃO

QUAL?_____.

INGESTA HÍDRICA? ☐ SIM ☐ NÃO QUANTOS LITROS?_____.

DISTURBIO HORMONAL? ☐ SIM ☐ NÃO QUAL?_____.

☐ FUMA ☐ FUMOU ☐ NÃO

QUANTO TEMPO?_____.

HORAS DE SONO?_____.

PRISÃO DE VENTRE? ☐ SIM ☐ NÃO

ALERGIAS:

☐ ALIMENTAR

☐ MEDICAMENTO

☐ CHEIRO

☐ RESPIRATÓRIA

☐ CORANTES

☐ SUBSTÂNCIAS

☐ OUTRO . QUAL?_____ ☐ SIM ☐ NÃO

RESPONSABILIZO-ME PELA VERACIDADE DE TODAS AS RESPOSTAS ACIMA CITADAS;

ASS.:_____ .DATA:_____/_____/_____.

☐ HIPERTENSÃO ☐ NÃO

☐ HIPOTENSÃO ☐ COMPENSADA OU ☐ DESCOMPENSADA ?

DIABETES? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ COMPENSADA ☐ DESCOMPENSADA ?

CARDIOPATIAS? ☐ SIM ☐ NÃO QUAL?_____.

GESTANTE? ☐ SIM ☐ NÃO QUANTOS MESES?_____. FILHOS? ☐ SIM ☐ NÃO QUANTOS?_____.

FAZ USO DE BEBIDA ALCÓOLICA? ☐ SIM ☐ NÃO QUANTO?_____. REFRIGERANTE: ☐ SIM ☐ NÃO

CICLO MENSTRUAL? ☐ REGULAR OU ☐ IRREGULAR

☐ HIPERTIROIDISMO OU ☐ HIPOTIROIDISMO ☐ NÃO

PLACAS E PINOS METÁLICOS NO CORPO? ☐ SIM ☐ NÃO ONDE?_____.

ANTECEDENTES ONCOLÓGICOS? ☐ SIM ☐ NÃO FAMÍLIA ? ☐ SIM ☐ NÃO GRAU DE PARENTESCO?_____.

QUANTO TEMPO?_____.DIAGNOSTICADO E TRATADO: ☐ SIM ☐ NÃO

FAZ USO DE HORMÔNIO? ☐ SIM ☐ NÃO

FAZ USO DE PROTETOR SOLAR? ☐ SIM ☐ NÃO

QUAL?_____. COMO?_____.

FAZ USO DE ANTICONCEPCIONAL? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ DIU

QUAL?_____.QUANTO TEMPO?_____.

DISFUNÇÃO GÁSTRICA OU ENDÓCRINA? ☐ SIM ☐ NÃO

DEPRESSÃO? ☐ SIM ☐ NÃO DIAGNOSTICADO E TRATADO? ☐ SIM ☐ NÃO

APRESENTA TROMBOSE? ☐ SIM ☐ NÃO

APRESENTA TROMBOFLEBITE? ☐ SIM ☐ NÃO

DOENÇA RENAL CRÔNICO? ☐ SIM ☐ NÃO

PORTADOR DE EPILEPSIA? ☐ SIM ☐ NÃO

FAZ USO DE ESTROGÊNIO? ☐ SIM ☐ NÃO / NÃO PODE USAR ELETROLIFTING

FAZ USO DE ROUPAS APERTADAS? ☐

TEM STRESS? ☐ SIM ☐ NÃO

APRESENTA ALGUMA DISFUNÇÃO NA COLUNA VERTEBRAL OU POSTURAL?

☐ SIM ☐ NÃO QUAL? _____.

APRESENTA ALGUMA DISFUNÇÃO MUSCULAR E/OU ARTICULAR?

☐ SIM ☐ NÃO QUAL? _____.

RESPONSABILIZO-ME PELA VERACIDADE DE TODAS AS RESPOSTAS ACIMA CITADAS;

ASS.: _____ . DATA: ____ / ____ / ____ .

SEMIOLOGIA

CLASSIFICAÇÃO DO BIOTIPO :

☐ NORMOLÍNIO ☐ ANDRÓIDE ☐ GINÓIDE

CLASSIFICAÇÃO CUTÂNEA:

☐ COMPACTA ☐ EDEMATOSA ☐ MISTA

PTOSE:

☐ TISSULAR ☐ MUSCULAR

APRESENTA:

☐ EDEMAS ☐ FRIO NAS ESTREMITADES ☐ LIPODISTROFIA ☐ OBESIDADE ☐ OUTROS

ESTRIAS:

☐ BRANCAS ☐ NACARADAS

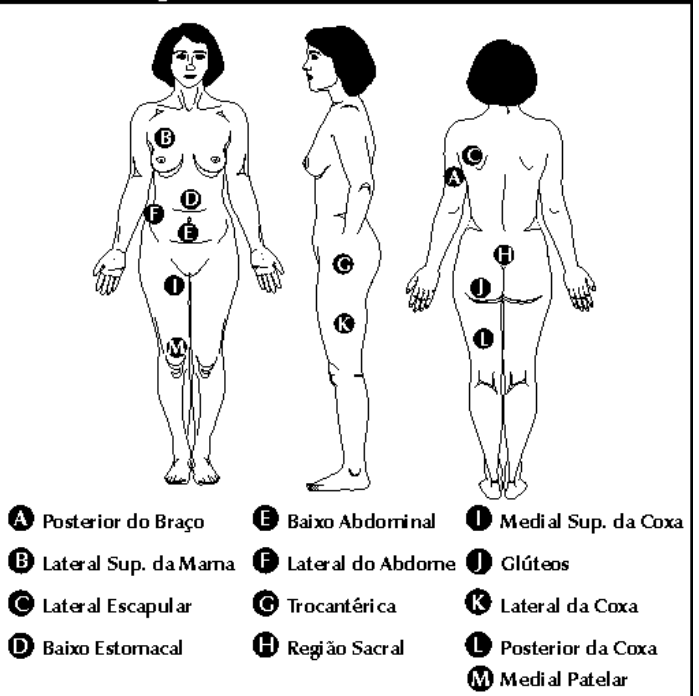
HIDROLIPODISTROFIA GINÓDE- HLDG (CELULITE):

GRAU I ☐ GRAU II ☐ GRAU III ☐ GRAU IV ☐

BIOMETRIA

MEDIDAS :	INÍCIO	
COXA	10 CM ↑	
	15 CM ↑	
	20 CM ↑	
PERNA	10 CM ↓	
QUADRIL		
ABDOMEM	5 CM ↓	

Localizações Preferenciais da Celulite



OMBRO: O =40 CM: O< 40 CM: O> 40 CM:

[illegible]

CORRENTE RUSSA											
PEELING CRISTAL											
CRIOTERAPIA											
TERMOLIPÓLISE											
LIPOSSAGEM											
MASSAGEM											
D.L.M.											
CAVITAÇÃO											
ASSINATURA DE PRESENÇA											

PRINCÍPIOS ATIVOS:

DATA:

ASS.CLIENTE .

MANUTENÇÃO:

OBSERVAÇÕES:

