



Procedimento Capilar

FICHA DE ANAMNESE

Nome: _____ Data Nasc.: ____/____/____

Ocupação: _____ Fone/Cel: _____

Endereço: _____

RG: _____ CPF: _____

Realizou algum procedimento capilar nos últimos 3 meses? ☐ Sim ☐ Não

Especifique: _____

Costuma realizar hidratação ou reconstrução capilar com frequência? ☐ Sim ☐ Não

Especifique: _____

Utiliza com frequência prancha, secador ou modelador de cachos? ☐ Sim ☐ Não

Gestante? ☐ Sim ☐ Não Possui algum tipo de alergia? ☐ Sim ☐ Não

Semanas: _____

Especifique: _____

Problemas Identificados: ☐ Queda ☐ Seborréia/Caspa ☐ Dermatite ☐ Tricoptilose (Pontas Duplas)
☐ Tricotilomania (Arrancar Cabelos) ☐ Pediculose (Piolho) ☐ Triconodose (Nó) ☐ Tricorrexi Nodosa (Quebra)

Qual o tipo de tratamento ou procedimento que deseja realizar?

Especifique: _____

Declaro que as informações acima são verdadeiras, não cabendo ao profissional quaisquer responsabilidades por informações omitidas nessa avaliação.

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

Autorizo registro fotográfico do trabalho realizado (antes e depois) para efeito de documentação e divulgação em books, redes sociais ou qualquer material publicitário. A presente autorização é concedida gratuitamente, sem que haja a ser reclamado a título de direitos ou qualquer outro.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Tipos de Cabelo:

- 1 ☐ Liso A ☐
2 ☐ Ondulado B ☐
3 ☐ Cacheado C ☐
4 ☐ Crespo D ☐



Cor Natural? ☐ sim ☐ não

Especifique: _____

Característica:

☐ Normal ☐ Seco ☐ Oleoso ☐ Misto

Densidade: ☐ Alta ☐ Média ☐ Baixa

Textura: ☐ Fino ☐ Médio ☐ Grosso

TESTE DE MECHAS		DATA ____/____/____		HORÁRIO: _____
MECHA	DESCOLORANTE	VOL OX	TEMPO	RESULTADO
1ª				
2ª				
3ª				

PROCEDIMENTO REALIZADO: _____

PROFISSIONAL: _____

DATA: _____