



RELATÓRIO

DE SESSÃO . DEPILAÇÃO

CLIENTE: _____
CPF: _____

DATA . ÁREA . Nº SESSÃO	Data: ___/___/___ Áreas/Nº: _____ Técnica: _____
PARÂMETROS	Energia: _____ Pasta: _____ Gel: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO HR <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> SR <input type="checkbox"/>
DETALHAMENTO TÉCNICO	Reação da pele: <input type="checkbox"/> HIPEREMIA <input type="checkbox"/> SENSIBILIDADE CUTÂNEA Altura do pelo: <input type="checkbox"/> ATÉ 2MM <input type="checkbox"/> MENOR QUE 2MM <input type="checkbox"/> NÍVEL DA EPIDERME
	Avaliou alguma reação diferente na pele? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim _____
	Intervalo da última sessão: _____ dias Intervalo ideal para a próxima sessão: _____ dias
RELATO DO CLIENTE	Resultados: _____ Sensações: <input type="checkbox"/> Fisgada <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Ardência <input type="checkbox"/> Outros _____
DATA . ÁREA . Nº SESSÃO	Data: ___/___/___ Áreas/Nº: _____ Técnica: _____
PARÂMETROS	Energia: _____ Pasta: _____ Gel: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO HR <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> SR <input type="checkbox"/>
DETALHAMENTO TÉCNICO	Reação da pele: <input type="checkbox"/> HIPEREMIA <input type="checkbox"/> SENSIBILIDADE CUTÂNEA Altura do pelo: <input type="checkbox"/> ATÉ 2MM <input type="checkbox"/> MENOR QUE 2MM <input type="checkbox"/> NÍVEL DA EPIDERME
	Avaliou alguma reação diferente na pele? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim _____
	Intervalo da última sessão: _____ dias Intervalo ideal para a próxima sessão: _____ dias
RELATO DO CLIENTE	Resultados: _____ Sensações: <input type="checkbox"/> Fisgada <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Ardência <input type="checkbox"/> Outros _____
DATA . ÁREA . Nº SESSÃO	Data: ___/___/___ Áreas/Nº: _____ Técnica: _____
PARÂMETROS	Energia: _____ Pasta: _____ Gel: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO HR <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> SR <input type="checkbox"/>
DETALHAMENTO TÉCNICO	Reação da pele: <input type="checkbox"/> HIPEREMIA <input type="checkbox"/> SENSIBILIDADE CUTÂNEA Altura do pelo: <input type="checkbox"/> ATÉ 2MM <input type="checkbox"/> MENOR QUE 2MM <input type="checkbox"/> NÍVEL DA EPIDERME
	Avaliou alguma reação diferente na pele? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim _____
	Intervalo da última sessão: _____ dias Intervalo ideal para a próxima sessão: _____ dias
RELATO DO CLIENTE	Resultados: _____ Sensações: <input type="checkbox"/> Fisgada <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Ardência <input type="checkbox"/> Outros _____
DATA . ÁREA . Nº SESSÃO	Data: ___/___/___ Áreas/Nº: _____ Técnica: _____
PARÂMETROS	Energia: _____ Pasta: _____ Gel: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO HR <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> SR <input type="checkbox"/>
DETALHAMENTO TÉCNICO	Reação da pele: <input type="checkbox"/> HIPEREMIA <input type="checkbox"/> SENSIBILIDADE CUTÂNEA Altura do pelo: <input type="checkbox"/> ATÉ 2MM <input type="checkbox"/> MENOR QUE 2MM <input type="checkbox"/> NÍVEL DA EPIDERME
	Avaliou alguma reação diferente na pele? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim _____
	Intervalo da última sessão: _____ dias Intervalo ideal para a próxima sessão: _____ dias
RELATO DO CLIENTE	Resultados: _____ Sensações: <input type="checkbox"/> Fisgada <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Ardência <input type="checkbox"/> Outros _____
DATA . ÁREA . Nº SESSÃO	Data: ___/___/___ Áreas/Nº: _____ Técnica: _____
PARÂMETROS	Energia: _____ Pasta: _____ Gel: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO HR <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> SR <input type="checkbox"/>
DETALHAMENTO TÉCNICO	Reação da pele: <input type="checkbox"/> HIPEREMIA <input type="checkbox"/> SENSIBILIDADE CUTÂNEA Altura do pelo: <input type="checkbox"/> ATÉ 2MM <input type="checkbox"/> MENOR QUE 2MM <input type="checkbox"/> NÍVEL DA EPIDERME
	Avaliou alguma reação diferente na pele? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim _____
	Intervalo da última sessão: _____ dias Intervalo ideal para a próxima sessão: _____ dias
RELATO DO CLIENTE	Resultados: _____ Sensações: <input type="checkbox"/> Fisgada <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Ardência <input type="checkbox"/> Outros _____

Legenda: S SIM N NÃO