

Identificação da Unidade

Unidade: Data: / /

Dados do Cliente

Nome: RG: CPF: Telefone: Celular: Fumante: Sim Não Ingere bebidas alcólicas: Sim Não

Dados do Tratamento

Data da última sessão: / / Fototipo: Fluência utilizada: Pasta: Áreas tratadas / Nº de sessões:

Qual foi a última vez que se expôs ao sol?

 / / Utiliza ou utilizou qualquer tipo de medicamento nos últimos dias: Sim Não Quais: O que fez após a sessão?

Efeitos Secundários

Especificações: Área: Início dos sinais/Sintomas: / / Dias de permanência: Apresentou alguma alteração durante a sessão em que ocorreu o efeito secundário? (dor, aspecto da pele) Sim NãoQuais: Aspectos dos efeitos: Extensão da área tratada: Largura: Altura: Extensão das reações na pele: Largura: Altura: Medicamentos utilizados após o aparecimento dos sinais/sintomas:

Sinais/Sintomas observados:

- | | | |
|--|---|----|
| <input type="checkbox"/> Eritema (Vermelhidão) | <input type="checkbox"/> Edema | 10 |
| <input type="checkbox"/> Coceira | <input type="checkbox"/> Foliculite | 9 |
| <input type="checkbox"/> Bolinhas Vermelhas | <input type="checkbox"/> Grau de Dor 1 a 10 | 8 |
| <input type="checkbox"/> Vesículas (Bolhas) | <input type="checkbox"/> Bolinhas com Pus | 7 |
| <input type="checkbox"/> Hipopigmentação | <input type="checkbox"/> Outros | 6 |
| <input type="checkbox"/> Hiperpigmentação | | 5 |
| | | 4 |
| | | 3 |
| | | 2 |
| | | 1 |

Advertência do termo de consentimento:

Técnica responsável pelo atendimento da última sessão: Técnica responsável pela avaliação de efeitos secundários: Autorizo a utilização da minha imagem para uso interno com objetivo de facilitar a solução do meu caso, sem fins comerciais.

Cliente

Técnica