

Identificação da Unidade

Unidade: Data: / /

Dados do Cliente

Nome: RG:

CPF: Telefone: Celular:

Dados do Tratamento

Áreas tratadas / Nº de sessões:

Área de insatisfação / Nº de sessões:

Tipo de insatisfação:

- () Aumento de pelos () Sem eliminação/falhas () Escurecimento da área () Pelos engrossaram
() Pelos não afinaram () Pelos crescem rápido () Sem afinamento dos pelos () Nenhum resultado
() Resultado estagnou, não evolui
() Outros _____

Início da insatisfação:

/ /

Foi realizado o registro fotográfico das sessões? Sim Não

Se foi realizado o registro fotográfico, de quais sessões?

Cliente apresenta alguma situação que possa influenciar no resultado, como ovário policístico ou outros?

Sim Não Qual?

O cliente seguiu os intervalos corretos entre as sessões? Sim Não

Relate aqui a abordagem inicial dada a cliente e qualquer informação relevante sobre o caso?