

Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Data de nascimento: _____ CPF: _____ RG: _____ Endereço: _____ CEP: _____ Cidade/UF: _____ Bairro: _____
 Telefone fixo: _____ Celular: _____ Estado civil: _____ Profissão: _____ Nome e contato do cônjuge: _____ Tem filhos? _____
 Quantos e qual a idade? _____ Contato para emergência: _____ Profissional responsável: _____

Motivo da sua visita

- Redução de Edema Gordura Localizada
 Celulite/FEG Flacidez

Tratamento estético corporal já realizado

- Gordura Celulite Nunca
 Flacidez Estrias

Utiliza cosméticos corporais

- Hidratantes corporais
 Esfoliantes corporais
 Produtos para termoterapia/crioterapia
 Produtos de tratamento
 Produtos de tratamento com conservantes parabenos

Você pratica atividade física:

- Atividade física de alto impacto
 Atividade física regular – 3 ou mais vezes por semana
 Atividade física moderada – 1 ou 2 vezes por semana

Consumo de água:

- Inger mais de 2 litros de água por dia
 Inger de 1 a 2 litros de água por dia
 Inger menos de 1 litro de água por dia

Controle alimentar:

- Faz reeducação alimentar acompanhada por profissional
 Come muita fritura, massas e doces
 Come frutas e verduras e dá preferência a alimentos saudáveis

Consome frutas, verduras e legumes:

- Quatro ou mais tipos
 Dois ou três tipos
 Apenas um tipo

Consome bebida alcoólica ou gaseificada:

- Todos os dias Às vezes
 Frequentemente Raramente

Seu Intestino é:

- Regular Intestino preso
 Gases e desconforto abdominal

Apresenta:

- Alteração hormonal Ovário Policístico
 Menopausa Hipertireoidismo
 Hirsutismo Andropausa Hipotireoidismo

Cirurgias plásticas recentes

- Mamoplastia de redução Abdominoplastia
 Lipoaspiração Lipoescultura
 Mamoplastia de aumento – prótese de silicone Não

Usa medicamento

- Reposição hormonal Corticoides
 Anticoncepcional Nenhum
 Outros _____

Uso de método contraceptivo

- Anticoncepcional oral Anticoncepcional injetável
 Anticoncepcional adesivo Anel vaginal
 DIU – cobre
 DIU – sintético com liberação de hormônio

Sua menstruação

- Ciclo Regular Ciclo Irregular

Seu sono

- Sono inquieto Sono tranquilo
 Quantas horas de sono costuma ter: _____

Posição que permanece mais tempo

- Em pé Sentado
 Alterna entre em pé e sentado

AVALIAÇÃO FÍSICA:

Lipodistrofia localizada

- Turgida Dissociada Lipoedema

Flacidez

- Moderada – fase elástica Intermediária – fase de flutuação
 Avançada – fase plástica

Tipo de FEG

- Edematosa Compacta Flácida Mista

Grau da FEG

- Grau I Grau II Grau III Grau IV

Biotipo físico:

- Androide Ginoide Normolínea Longilínea

Tratamentos escolhidos de técnica manuais

- Drenagem Linfática Massagem Relaxante
 Massagem Modeladora Combinações de Massagens
 Outros. Qual? _____

Tratamentos escolhidos de terapias combinadas

- Ultrassom Ultrassom com corrente combinada
 Manta Térmica Radiofrequência
 Eletrolipoforese/Eletrolipólise
 Galvanopuntura/Eletrolifting
 Lipocavitação Criolipólise
 Vacuoterapia/Endermologia Corrente Russa
 Microagulhamento 0,25-0,50 mm
 Outros. Qual? _____

Protocolo Sugerido

1° sessão
2° sessão
3° sessão
4° sessão
5° sessão
6° sessão
7° sessão
8° sessão
9° sessão
10° sessão

PERIMETRIA E/OU BIOMETRIA PARA ACOMPANHAMENTO DOS RESULTADOS

Data	Braço				Mama				Abdomen					Coxas				Pernas				Tornozelo			
	Esq.		Dir.		Esq.		Dir.							Esq.		Dir.		Esq.		Dir.		Esq.		Dir.	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	3	4	5	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1ª																									
2ª																									
3ª																									
5ª																									
6ª																									
7ª																									
8ª																									
9ª																									
10ª																									

Início do tratamento: _____ Reavaliação: _____ Término do tratamento: _____

Estou de acordo com a veracidade das informações acima relacionadas e concordo com a sugestão do tratamento proposto.

Local e data: _____ Assinatura do Paciente: _____ Assinatura do Responsável: _____

Produtos indicados para o tratamento contínuo e relatórios de aplicação: _____