

# FICHA DE ANAMNESE

## EXTENSÃO DE CÍLIOS

### DADOS CADASTRAIS

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TELEFONE: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ CELULAR: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

INDICADO POR: \_\_\_\_\_

### QUESTIONÁRIO

**Já fez extensão de cílios?**

Sim  Não

**Usa lentes de contato?**

Sim  Não

**Faz uso de óculos?**

Sim  Não

**Fez algum procedimento recente nos olhos?**

Sim  Não

**Fará alguma cirurgia recentemente?**

Sim  Não

**Faz algum tratamento hormonal?**

Sim  Não

**Costuma usar bonzeador em spray?**

Sim  Não

**Esta grávida, tomando remédios para fertilidade ou é lactante?**

Sim  Não

**Possui alergia ao latéx, cianoacrilato ou a algum cosmético?**

Sim  Não

**Se sim, especifique**

**Já utilizou unhas em gel/ acrílico e teve alergia?**

Sim  Não

**Possui esclerite/ blefarite/ glaucoma ou algum problema ocular?**

Sim  Não

**Se sim, especifique**

**Deseja fazer teste alérgico que deve ser realizado com no mínimo de 24h antes do procedimento?**

Sim  Não

**Existe algum problema que julgue ser necessário informar ao profissional antes do procedimento?**

Sim  Não

**Se sim, especifique**

**Autoriza o registro fotográfico do antes e depois de sua imagem e dá permissão para a documentação e divulgação das fotos pelo(a) profissional de extensão de cílios e/ou do estabelecimento onde o(a) profissional trabalha?**

Sim  Não

**Deixe aqui seu @ do Instagram**



# **SOBRE A EXTENSÃO DE CÍLIOS**

## E CUIDADOS PÓS-PROCEDIMENTO

### **COMO FUNCIONA O PROCEDIMENTO**

A extensão de cílios consiste em **aplicar fios sintéticos ao fio natural** do(a) cliente, sendo que os cílios sintéticos podem variar em tamanho, espessura e quantidade, sendo escolhidos de acordo com o visagismo e gosto pessoal de cada um.

A aplicação é feita com **duas pinças afiadas**, que são manuseadas bem próximas aos olhos, e um **adesivo** (cola) que solta gases e pode irritar os olhos, portanto é de responsabilidade do(a) cliente manter-se o mais imóvel possível para que não ocorram acidentes, assim como não abrir os olhos durante todo o procedimento até que o lash artist autorize.

Qualquer **incômodo** durante o procedimento deve ser **informado ao profissional**. É normal conversar durante a aplicação, porém, fazer isso excessivamente pode fazer com que seus olhos abram involuntariamente e movimento os músculos faciais (o que move o protetores em gel e/ou micropores que isolam os cílios inferiores, tendo a possibilidade de ferir a esclera dos olhos).

### **CUIDADOS PRÉ-PROCEDIMENTO**

A durabilidade das extensões pode ser inferior caso o cliente não respeite os cuidados pré-procedimento, incluindo:

- Não utilizar máscara de cílios 3 dias antes;
- Não utilizar cola de cílios postiços 10 dias antes;
- Não ir maquiada para o atendimento (já que os resquícios podem demorar dias para serem removidos, sendo invisíveis a olho nu).

### **MANUTENÇÃO E O CICLO DE VIDA DOS CÍLIOS**

Nossos cílios naturais caem de 2 a 5 fios por dia, logo, as extensões demandam uma manutenção, em média, de **15 a 20 dias depois da aplicação**. Caso passe esse período, a manutenção seja inviável ou tenha menos que 50% das extensões intactas, será cobrado um novo procedimento e, caso não se adapte ou queira remover as extensões, será cobrada uma taxa para remoção. A manutenção só será realizada de duas a três vezes após a aplicação, em respeito à saúde dos cílios naturais, devendo, após isso, realizar uma nova aplicação.

A **retenção das extensões** também pode ser afetada pelos seguintes fatores:

- Lacrimejar durante e após o procedimento.
- Idade
- Medicações;
- Níveis de estresse;
- Problemas hormonais;
- Água quente/morna/vapor/sauna/piscina/mar.

# CHECKLIST

F I N A L

- Eu entendo que o procedimento requer que os cílios sintéticos sejam colados aos meus cílios naturais.
- Eu entendo que é meu dever manter os olhos fechados e ficar parado(a) durante todo o procedimento, até que o(a) profissional responsável me diga para abrir os olhos.
- Eu entendo que alguns dos riscos desse procedimento podem incluir, sem limitações, vermelhidão e irritação nos olhos devido aos vapores e gases do adesivo, como também que são utilizadas pinças afiadas, manuseadas sobre os olhos, que podem ferir caso haja movimentos bruscos, não sendo de responsabilidade do (a) profissional.
- Eu entendo que conversar durante a aplicação pode fazer com que meus olhos abram involuntariamente e o movimentar os músculos faciais (o que move os protetores em gel e/ou micropores que isolam os cílios inferiores) e podem ocasionar lesão na esclera, não sendo de responsabilidade do profissional.
- Eu entendo que devo seguir as instruções pós-cuidados informadas pelo(a) profissional.
- Eu entendo que, para ser considerada uma manutenção de cílios, é preciso realizar o procedimento no prazo máximo de 20 dias após a colocação. Caso contrário, será cobrado o valor de um novo procedimento. Também será considerado um novo procedimento caso menos de 50% das extensões estejam intactas e caso o profissional aconselhe a retirada total dos cílios para obter melhores resultados. Além disso, estou de acordo de que só são realizadas no máximo de duas a três manutenções, sendo o atendimento seguinte uma nova aplicação completa.
- Eu estou ciente de que foi oferecido o teste alérgico, que é realizado no mínimo 24h antes do procedimento, mas recusei. Sendo assim, em caso de alergias, o valor pago não será reembolsado por não ser um dever do profissional.
- Eu entendo que não devo utilizar o celular durante o procedimento, já que o uso dele faz com que eu abra os olhos voluntariamente e involuntariamente, ajudando na segurança do trabalho do lash artist. Entendo também que, caso eu utilize o celular e/ou peça para o profissional olhar meu celular, atrapalharei o desenvolvimento da aplicação e alterarei o volume final da extensão, não sendo o profissional o causador do descontentamento.
- Entendo que devo retirar as lentes de contato para o procedimento, não sendo de responsabilidade do profissional caso eu não remova as lentes de contato e algum problema aconteça devido ao uso.

# TERMO DE RESPONSABILIDADE

D O C L I E N T E

Autorizo a realização de extensão de cílios, tendo sido informado(a) dos efeitos colaterais potencialmente nocivos ou negativos que podem ser causados pelo processo de aplicação e/ou remoção, como também estou ciente de que, dependendo de algumas respostas preenchidas por mim, o procedimento não será realizado ou só será realizado mediante atestado médico. Além disso, estou ciente das instruções de cuidados pós-aplicação, não responsabilizando o profissional por consequências de não realizar os cuidados devidamente informados, como também não é de responsabilidade do profissional qualquer reação colateral ou irritação que houver após o procedimento. Desta forma, eu isento o profissional de extensão de cílios de toda queixa ou dano de qualquer natureza. Também afirmo que estou ciente de que isto vale para todos os procedimentos que realizar, não somente na data de hoje, mas também para datas posteriores. As afirmações acima são verdadeiras, não cabendo ao profissional a responsabilidade por informações omitidas.

**Nome:** \_\_\_\_\_

**RG:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_

**Local:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

# FICHA TÉCNICA

DO PROCEDIMENTO  
+ NOVO CONSENTIMENTO

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

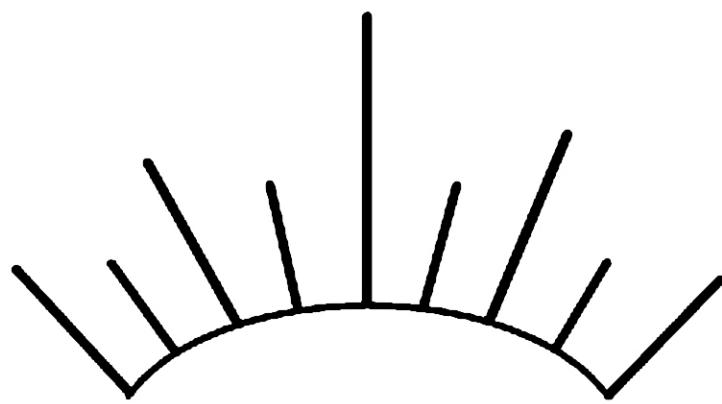
**Técnica:** [ ] Clássico [ ] Híbrido [ ] Volume Russo [ ] Mega Volume

**Fios:** \_\_\_\_\_

**Adesivo:** \_\_\_\_\_

**Mapping:** \_\_\_\_\_

**Observações:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

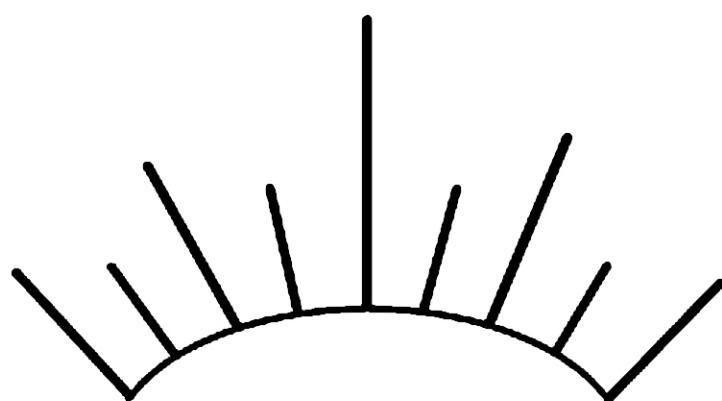
**Técnica:** [ ] Clássico [ ] Híbrido [ ] Volume Russo [ ] Mega Volume

**Fios:** \_\_\_\_\_

**Adesivo:** \_\_\_\_\_

**Mapping:** \_\_\_\_\_

**Observações:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do RG \_\_\_\_\_  
e CPF \_\_\_\_\_, declaro ter sido informado(a) claramente  
e novamente sobre todos os riscos, indicações, contraindicações, principais efeitos  
colaterais relacionados ao procedimento de extensão de cílios. Expresso também  
minha concordância e espontânea vontade de submeter-me ao referido  
procedimento, assumindo responsabilidade e riscos pelos eventuais efeitos  
indesejáveis decorrentes, visto que disse a verdade neste documento e estou apto  
para realizar a extensão de cílios.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Assinatura:** \_\_\_\_\_