

FICHA DE ANAMNESE

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Atividade: _____ Indicação: _____

Endereço: _____

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

Rg: _____ Cpf: _____

Gestante? Sim () Não ()

Diabetes? Sim () Não ()

Alergia a Esmaltes/Produtos para alongamento de unhas/Cosméticos/Outros? Sim () Não ()

Especifique: _____

Costuma tirar o eponíquio(Cutícula) Sim () Não ()

Problema de onicomicose(Fungo/Micose ou Outros)? Sim () Não ()

Especifique: _____

Faz uso de algum medicamento? Sim () Não () Qual? _____

A lamina ungueal apresenta Descamação () Estrias () Manchas () Descolamento ()

Outros _____

Onicocriptose (Unha Encravada) Sim () Não ()

Onicofagia (Hábito de Roer as Unhas) Sim () Não ()

Pratica esportiva de impacto nas unhas? Sim () Não ()

Entra em Piscina/Mar com Frequência? Sim () Não ()

Qual a técnica aplicada: _____

Qual o formato aplicado: _____

Aplicação natural ou encapsulada: _____

Data do procedimento: ____/____/____

Manutenção: ____/____/____