

# Avaliação Clínica!



**DNA  
VITAL**  
HAIR THERAPY

## **Primeiro contato com o cliente/paciente:**

**WhatsApp/ Instagram/ Telefone**

### **Orientações para a avaliação:**

- ✓ **24 horas sem lavar os cabelos**
- ✓ **Trazer nome de medicação/cosmético**
- ✓ **Avaliar postura do cliente**  
**(ansioso, forma de falar, gestos)**



*Não pedir fotos para consulta*

# Como Receber meu Cliente/Paciente



X



# Como atender cliente/paciente



# Ambiente



# EPIs





## Avaliação Macro

**Ter muito cuidado com as nossas expressões!**





## Em caso de Alopecia Areata ou Cicatricial:

\*Ter sempre uma régua para medir o tamanho da área.



NOME DO CLIENTE		NASCIMENTO	IDADE
ENDEREÇO		BAIRRO	
CEP	CIDADE	ESTADO	
CELULAR		E-MAIL	
PROFISSÃO	ESTADO CIVIL	CPF	
TIPO SANGÜINEO	RELIÇÃO		
COMO NOS CONHECEU / CHEGOU ATÉ NÓS?			



QUAL SUA QUEIXA? _____			
TEM HISTÓRICO FAMILIAR DA MESMA?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	_____
TEVE COVID?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	_____
TOMOU VACINA?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	QUAL? _____
TEVE DOENÇAS GRAVES?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	QUAL? _____
TEM ALERGIA?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	QUAL? _____
FEZ ALGUMA CIRURGIA?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	QUAL? _____
TEVE COMPLICAÇÃO?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	QUAL? _____
TEM PROTESE/MARCAPASSO/PINOS?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	QUAL? _____
TEM PROBLEMAS DIGESTIVOS/INTESTINAIS?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	_____
ESTÁ FAZENDO ALGUM TRATAMENTO ATUALMENTE?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	QUAL? _____
POSSUI HABITOS - ADORNOS E ADEREÇOS/QUIMICA?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	QUAL? _____

TOMA ALGUM TIPO DE MEDICAÇÃO/VITAMINAS?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	_____
UTILIZA ALCOOL/CIGARRO/DROGAS RECREATIVAS?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	_____
COMO É A QUALIDADE DE SONO E ALIMENTAÇÃO?			
_____			
QUAIS OS HABITOS DE HIGIENIZAÇÃO?			
_____			
_____			

# Tricoscopia



**DNA  
VITAL**  
HAIR THERAPY



**Informar ao cliente/paciente que irá estudar o caso para montagem de um protocolo adequado e personalizado.**

**Agendar o retorno**

**DNA  
VITAL**  
HAIR THERAPY