



FISIOTERAPIA - ENTREGA SEMANAL 1

Projeto: Diagnóstico e Plano terapêutico Dermatofuncional
Professores: Colegiado de Fisioterapia

Nome: Carolina Beatriz dos Santos

Atividade: Avaliação facial

Atividade

Realizar uma avaliação facial de algum colega de sala ou familiar, coletando as informações abaixo:

FICHA DE AVALIAÇÃO DERMATOFUNCIONAL

Data da avaliação: 27 / 07 / 2023

Dados pessoais

Nome: Alana Fabia Tressi Profissão: Estagiária/Estudante
Idade: 22 anos Data de nascimento: 17/03/2001
Estado Civil: Solteira Sexo: F () M ()
Endereço: Linha Santo Antônio Bairro: São Roque
Cidade: Santa Helena Estado: Paraná CEP: 85892-000
Telefone: (45) 999438462 E-mail: Alanafabia@outlook.com

Anamnese (SIC):

Queixa principal: Pele Oleosa com muitas acne

Duração / HDA: A paciente relata que se incomoda com a pele oleosa e a acne desde a adolescência a partir dos 12 anos, e que já se incomodava antes de ter a primeira menstruação.

PROCEDIMENTOS JÁ REALIZADOS

- 1 - Já realizou algum procedimento estético? () SIM () NÃO Qual procedimento? Botox e preenchimento labial
- 2 - Seu objetivo foi alcançado? () SIM () NÃO Quanto tempo de tratamento? Botox já faz 6 meses de tratamento duradouro e o preenchimento labial realizou a uma semana, com duração de 1 ano
- 3 - Já fez prescrição Home Care? () SIM () NÃO () Qual prescrição? _____
- 4 - Já realizou procedimento invasivo como: () Botox () Ácido hialurônico () Outros _____
- 5 - Já realizou cirurgia plástica? () SIM () NÃO Qual cirurgia e há quanto tempo? _____
- 6 - Observações adicionais: Relata que adorou os procedimento que fez.

HISTÓRICO PESSOAL

- 1 - Alergia a algum medicamento? () SIM () NÃO Qual medicamento? **Acido ascobico**_____
- 2 - Alergia Alimentar? () SIM () NÃO Qual alimento? _____
- 3 - Apresenta perda de sensibilidade? () SIM () NÃO Se sim, em qual local? _____
- 4 - Tem implante ou placas metálicas? () SIM () NÃO Se sim, em qual local? _____
- 5 - Disfunção de tireoide? () SIM () NÃO Se sim, relate qual? _____
 Faz uso de medicamento? Venlafaxina, yumi(anticoncepcional)..... SIM () NÃO ()
 Faz acompanhamento médico? SIM () NÃO ()
- 6 - Disfunção hormonal/ovariana? () SIM () NÃO Se sim, relate qual? _____
 Faz uso de medicamento? () SIM () NÃO
 Faz acompanhamento médico? () SIM () NÃO
- 7 - É diabético? () SIM () NÃO Se sim, faz uso de qual medicação? _____
- 8 - Possui alteração nos níveis de colesterol? () SIM () NÃO
 Se sim, faz uso de qual medicação? _____
- 11 - É epilético? () SIM () NÃO Se sim, já teve quadros de convulsão? _____
- 12 - Já teve diagnóstico em doença de ordem psíquica? () SIM () NÃO Se sim, qual: **TOC, depressão e ansiedade**_____
- 13 - Já foi gestante? () SIM () NÃO Se sim, de quantas gestações? _____
- 14 - Está amamentando? () SIM () NÃO De forma exclusiva _____
- 15 - Quanto tempo de pós-parto? **Sem observações**_____
- 16 - Teve outras doenças ou alguma observação: **Sem observações**_____

HISTÓRICO FAMILIAR

A paciente relata, que o pai toma medicação para o coração (atenolol), a mãe já teve problemas psíquicos, a mãe também apresenta a pele oleosa, o irmão possuía muitas acnes na adolescência e pele oleosa, o irmão fuma arguiles, a mãe e o irmão ingerem bastante bebidas alcoolicas socialmente

CICLO MENSTRUAL

- 1 - Data da primeira menstruação: **2014 aos 13 anos**_____
- 2 - Quantos dias de clico menstrual? **5 dias**_____
- 3 - Alteração de libido? () SIM () NÃO
- 4 - Faz uso de contraceptivo? () SIM () NÃO Se sim, qual e há quanto tempo? **5 anos**_____
- 5 - Se sente mais edemaciado perto do período menstrual? () SIM () NÃO Se sim, em qual local? _____
- 6 - A atividade intestinal fica prejudicada durante o ciclo? () SIM () NÃO Se sim, relate em qual momento? _____
- 7 - Apresenta quadros de acne no período pré-menstrual? Se sim, qual a intensidade? **Muita intensidade**_____

8 - Sente que ocorre aumento de secreção sebácea? (**x**) SIM () NÃO Se sim, qual a intensidade?

Moderada _____

9 - Apresenta queda de cabelo durante o ciclo? () SIM (**x**) NÃO Se sim, qual a intensidade?

HÁBITOS DE VIDA

1 - Faça um breve relato de como é a sua alimentação:

2 - Ingerir água de forma satisfatória? (**x**) SIM () NÃO Se sim, quantos copos em média por dia? 10 copos

3- Praticar alguma atividade física? () SIM (**x**) NÃO Se sim, quais e quantos dias por semana?

4 - É tabagista? () SIM (**x**) NÃO Se sim, há quanto tempo? _____

5 - Ingerir bebidas alcoólicas? (**x**) SIM () NÃO Se sim, quantas vezes por semana? **3 vezes por semana**

AValiação FACIAL



Biotipo: **Lipídica** _____

Estado cutâneo: **Seborreico** _____

Uniformidade: Levemente **Áspera** _____

Fototipo: **III** _____

Temperatura: **Quente** _____

Escala de Envelhecimento Cutâneo: **I** _____

Óstios dilatados: **Presente** _____

Presença de Melasma: **Ausente** _____

Presença de Acne: **Presente** Grau **II**
papulopustulos _____

Condição de Hidratação Cutânea: **Ausente** _____

Inflamação: **Presente** _____

Condição de Oleosidade Cutânea: **Presente**

Rosácea: **Ausente** _____

Aspecto sobre firmeza/elasticidade: **Presente, firmeza e elasticidade** _____

Dermatite: **Ausente** _____

Outras alterações identificadas: **Pequenas vermelhidões na pele, lesões decorrentes da acne e poros abertos em grande quantidade.** _____

Anexe abaixo fotos do seu paciente de frente e de perfil, destacando as alterações identificadas:

