

SCHEDA CLIENTE - EXTENSION CIGLIA

Data compilazione: _____

DATI ANAGRAFICI

Nome: _____

Cognome: _____

Data di nascita: _____

Telefono: _____

Email: _____

Indirizzo: _____

Professione: _____

ANAMNESI MEDICA E SENSIBILITÀ

Medico curante (nome e contatto): _____

Patologie in corso: _____

Assunzione farmaci (inclusi anticoagulanti, steroidi, chemioterapia): _____

Gravidanza/allattamento: Sì/No _____

Occhi sensibili / soggetti a irritazioni frequenti: Sì/No _____

Storia di infezioni oculari (congiuntiviti, blefariti, orzaioli): Sì/No _____

Allergie note (inclusi adesivi, fibre, conservanti, cosmetici): _____

Reazioni avverse pregresse a extension o colla: _____

Interventi oculari recenti (incl. blefaroplastica, lifting): _____

Controindicazioni o note mediche rilevanti: _____

STORICO TRATTAMENTI ESTETICI

Estensioni ciglia precedenti: Sì/No _____

Ultimo trattamento extension (data): _____

Prodotti/tecniche usate in precedenza: _____

Trattamenti estetici occhi (lifting, laminazione, tintura) ultimi 6 mesi: _____

Reazione ai precedenti trattamenti: _____

ANALISI CIGLIA NATURALI (da compilare prima dell'applicazione)

Tipo di ciglia naturali: sottili/medie/forti _____

Densità naturale: rada/media/densa _____

Lunghezza media naturale (mm): _____

Spessore capelli naturali (μ m): _____

Ciglia mancanti o diradate in aree specifiche (descrivere): _____

Condizione palpebre (grasse/secche/normal): _____

Presenza di mascara/residui al momento della visita: Sì/No _____

OBIETTIVI E PREFERENZE CLIENTE

Look desiderato (naturale/soft glam/dramatico): _____

Curl preferito (J/B/C/D/L): _____

Lunghezza desiderata (mm): _____

Spessore extension preferito (0.03/0.05/0.07/0.10/0.15/0.20): _____

Densità desiderata (light/medium/full/volume): _____
Forma finale preferita (allungata/innalzata/occhio da gatto): _____
Durata ritocchi desiderata (set completo/ritocco ogni X settimane): _____

PIANIFICAZIONE TRATTAMENTO

Data applicazione: _____
Tecnico: _____
Durata prevista seduta: _____
Prodotti utilizzati (marca e modello): _____
Colla (marca, tipo, lotto): _____
Primer/primer specifico utilizzato: _____
Rimozione pre-trattamento (se effettuata): Sì/No _____
Note operative (posizionamento, tecniche particolari): _____

MISURAZIONI E DETTAGLI APPLICAZIONE

Occhio destro - lunghezze applicate (interno/centro/esterno): _____
Occhio sinistro - lunghezze applicate (interno/centro/esterno): _____
Spessori applicati: _____
Pattern usato (es. 9-12-14): _____
Numero medio extension per occhio (stima): _____
Tempo totale applicazione: _____

ISTRUZIONI DOPO TRATTAMENTO E CONSIGLI

Consigli post-trattamento forniti al cliente (pulizia, evitare acqua/saune, non strofinare):

Prodotti consigliati per manutenzione: _____
Data primo ritocco consigliato: _____

FOLLOW-UP E RITOCCHI

Data ritocco 1: _____
Note ritocco 1 (ciglia rimaste, reazioni, aggiunte): _____
Data ritocco 2: _____
Note ritocco 2: _____
Data rimozione programmata: _____
Note rimozione (metodo, prodotti): _____

DOCUMENTAZIONE FOTOGRAFICA

Foto prima trattamento: Sì/No _____
Foto dopo trattamento: Sì/No _____
Archivio immagini (cartella/nome file): _____

CONSENSI E DICHIARAZIONI

Dichiaro di aver fornito informazioni veritiere e complete sul mio stato di salute e sulle allergie:
Sì/No _____
Dichiaro di essere stato informato sui possibili rischi e complicanze del trattamento extension
ciglia: Sì/No _____

Acconsento all'applicazione delle extension ciglia secondo la procedura illustrata: Sì/No

Acconsento al trattamento dei miei dati personali secondo normativa GDPR: Sì/No

Acconsento all'utilizzo di fotografie per finalità professionali/portfolio/social (se necessario):
Sì/No _____

FIRME

Firma cliente: _____

Data: _____

Firma tecnico: _____

Data: _____

NOTE FINALI / OSSERVAZIONI
