

## SCHEMA CLIENTE - LAMINAZIONE CIGLIA

Data appuntamento: \_\_\_\_\_

Ora: \_\_\_\_\_

### 1) DATI PERSONALI

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Professione: \_\_\_\_\_

### 2) INFORMAZIONI TRATTAMENTO

Tipo di trattamento richiesto (es. laminazione, lash lifting, tintura): \_\_\_\_\_

Obiettivo estetico della cliente: \_\_\_\_\_

Ciglia naturali: lunghezza \_\_\_\_\_ spessore \_\_\_\_\_ densità (bassa/media/alta)

Trattamenti precedenti alle ciglia (extension, permanente, tintura): \_\_\_\_\_

Ultimo trattamento/servizio effettuato (data e tipo): \_\_\_\_\_

### 3) STORIA MEDICA E ALLERGIE

Soffre di allergie (incl. prodotti per occhi, colla, henné, coloranti): \_\_\_\_\_

Problemi oculari o condizioni (blefarite, congiuntivite, secchezza oculare, glaucoma, ecc.): \_\_\_\_\_

Interventi o patologie recenti a occhi/viso: \_\_\_\_\_

Assunzione di farmaci (es. antibiotici, corticosteroidi, anticoagulanti, farmaci per acne come isotretinoina): \_\_\_\_\_

Stato di gravidanza/allattamento: \_\_\_\_\_

Uso di lenti a contatto: \_\_\_\_\_

Pelle sensibile/intolleranze cutanee: \_\_\_\_\_

Allergia o reazione nota a componenti cosmetici: \_\_\_\_\_

Altre condizioni rilevanti: \_\_\_\_\_

### 4) TEST PATCH / PROVA DI SENSIBILITÀ

Test patch eseguito: Sì \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Data test patch: \_\_\_\_\_

Risultato test patch: \_\_\_\_\_

### 5) INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO E CONSENSO INFORMATO

Dichiarazione (da leggere e sottoscrivere):

Ho ricevuto spiegazioni dettagliate sul trattamento di laminazione ciglia, sui benefici, sulle possibili reazioni avverse (irritazione, arrossamento, prurito, sensibilità, perdita temporanea delle ciglia), sulle limitazioni del risultato e sulle cure post-trattamento. Comprendo i rischi e acconsento all'esecuzione del trattamento.

Firma per presa visione: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Autorizzo/Non autorizzo l'uso delle mie foto prima/dopo per il portfolio del centro (senza dati personali): Autorizzo \_\_\_\_\_ Non autorizzo \_\_\_\_\_

#### 6) ISTRUZIONI PRE-TRATTAMENTO (verificare lettura)

- Arrivare senza trucco agli occhi: Sì \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- Rimuovere lenti a contatto prima del trattamento: Sì \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- Non utilizzare prodotti a base di retinoidi/isotretinoina: Sì \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ho ricevuto e compreso le istruzioni pre-trattamento: \_\_\_\_\_

#### 7) ISTRUZIONI POST-TRATTAMENTO (conferma consegna)

- Evitare acqua e vapore per 24 ore: \_\_\_\_\_
- Non strofinare gli occhi e non utilizzare mascara o make-up per 24-48 ore: \_\_\_\_\_
- Evitare saune e piscine per 48 ore: \_\_\_\_\_
- Utilizzare prodotti consigliati per la cura domiciliare (olio nutriente specifico, pettinare con spoolie): \_\_\_\_\_

Ho ricevuto e compreso le istruzioni post-trattamento: \_\_\_\_\_

Note aggiuntive sulle cure consigliate: \_\_\_\_\_

#### 8) DOCUMENTAZIONE FOTOGRAFICA

Foto prima del trattamento (file/nome): \_\_\_\_\_

Foto dopo il trattamento (file/nome): \_\_\_\_\_

Autorizzazione uso foto per monitoraggio clinico: Sì \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

#### 9) VALUTAZIONE E DETTAGLI DEL TRATTAMENTO (compilare da operatore)

Prodotti utilizzati (marca/prodotto e lotto): \_\_\_\_\_

Durata trattamento: \_\_\_\_\_

Tecnica/applicazione (pad/rod/angolo): \_\_\_\_\_

Note operative: \_\_\_\_\_

Reazioni durante il trattamento: \_\_\_\_\_

#### 10) CONSENSO FINALE E FIRME

Dichiaro che le informazioni fornite sono vere e complete. Comprendo i rischi connessi al trattamento e acconsento all'esecuzione della laminazione ciglia.

Firma cliente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Nome operatore: \_\_\_\_\_

Firma operatore: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

#### 11) PROSSIMO APPUNTAMENTO / FOLLOW-UP

Data follow-up consigliata: \_\_\_\_\_

Esito follow-up: \_\_\_\_\_

Note follow-up: \_\_\_\_\_

## 12) PRIVACY

Ho letto l'informativa sulla privacy e acconsento al trattamento dei miei dati personali per le finalità connesse al servizio e alla comunicazione con il centro: Acconsento \_\_\_\_\_

Non acconsento \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_