

## Scheda cliente - Microblading

### Dati anagrafici

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_  
Data di nascita: \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita: \_\_\_\_\_  
Codice fiscale: \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_  
Città: \_\_\_\_\_  
CAP: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_  
Documento (tipo e n.): \_\_\_\_\_  
Professione: \_\_\_\_\_  
Referente in caso di emergenza (nome e tel.): \_\_\_\_\_

### Stato di salute generale

Medico curante (nome e telefono): \_\_\_\_\_  
Assunzione di farmaci (specificare): \_\_\_\_\_  
Assunzione di anticoagulanti/antiaggreganti: Sì \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Se Sì, specificare: \_\_\_\_\_  
Assunzione di isotretinoina negli ultimi 12 mesi: Sì \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Allergie conosciute (farmaci, pigmenti, lattice, anestetici, metalli, ecc.): \_\_\_\_\_  
Storia di reazioni allergiche/anomalie di cicatrizzazione (keloidi): Sì \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Se Sì, specificare: \_\_\_\_\_  
Malattie croniche (diabete, epilessia, ipertensione, malattie autoimmuni, ecc.): \_\_\_\_\_  
Infezioni attive o recenti (herpes, varicella, ecc.): Sì \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Se Sì, specificare: \_\_\_\_\_  
Trattamenti medici recenti (chemioterapia, terapie immunosoppressive, ecc.): \_\_\_\_\_  
Interventi chirurgici recenti nella zona trattata: Sì \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Se Sì, specificare: \_\_\_\_\_  
Gravidanza: Sì \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Allattamento: Sì \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### Storia dermatologica e trattamenti estetici

Pelle secca/grassa/mista/sensibile: \_\_\_\_\_  
Patologie cutanee locali (dermatite, psoriasi, acne, rosacea): \_\_\_\_\_  
Trattamenti estetici recenti nella zona sopracciglia (laser, peeling chimico, botox, filler, microdermoabrasione): Tipologia e data: \_\_\_\_\_  
Tatuaggi o trucco permanente preesistenti sulle sopracciglia: Sì \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Se Sì, dettagli: \_\_\_\_\_  
Uso di prodotti esfolianti o retinoidi sulla zona (ultime 2 settimane): Sì \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### Consenso alle fotografie

Autorizzo la presa di fotografie per documentazione clinica: Sì \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Autorizzo l'uso delle fotografie anonime per materiale didattico/promozionale: Sì  
\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

#### Informazioni sul trattamento

Tecnica scelta (microblading/manual/pen): \_\_\_\_\_

Obiettivo estetico / richieste del cliente: \_\_\_\_\_

Forma sopracciglia concordata (descrizione): \_\_\_\_\_

Colore/pigmento scelto (marca/tonalità): \_\_\_\_\_

Lotto pigmento (n.): \_\_\_\_\_

Anestetico utilizzato (tipo e %): \_\_\_\_\_

Data prevista trattamento: \_\_\_\_\_

Tempo stimato seduta: \_\_\_\_\_

Numero sedute previste (incluso ritocco): \_\_\_\_\_

#### Controindicazioni e avvertenze fornite (verificare e segnare)

Informata sulle possibili reazioni (arrossamento, gonfiore, crosticine, perdita di colore, variazione di tono): Sì \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

In caso di dubbi/complicazioni contatterò lo studio: Sì \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Mi è stato spiegato il periodo di guarigione e le cure post-trattamento: Sì \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Mi è stato spiegato che potrebbe essere necessario un ritocco a 30-45 giorni: Sì \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_

#### Dichiarazione di consenso informato (da leggere e sottoscrivere)

Dichiaro di aver fornito informazioni veritiere sul mio stato di salute e sulla storia medica e di aver risposto a tutte le domande dell'operatore: Firma cliente \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Dichiaro di aver ricevuto spiegazioni dettagliate sul trattamento, sui rischi, sui possibili effetti collaterali e sulle cure post-trattamento; comprendo che il risultato finale può variare e che potrebbero essere necessari ritocchi: Firma cliente \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Autorizzo l'esecuzione del trattamento di microblading da parte dell'operatore responsabile: Firma cliente \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

#### Consenso al trattamento dei dati personali (GDPR)

Acconsento al trattamento dei miei dati personali e delle immagini per finalità strettamente connesse al trattamento estetico e alla documentazione clinica, nel rispetto della normativa sulla privacy: Sì \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Per uso promozionale/didattico (non obbligatorio): Acconsento all'uso delle immagini in forma anonima: Sì \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Firma cliente per consenso privacy \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

#### Cure pre e post trattamento (presa visione)

Ho ricevuto e compreso le indicazioni pre-trattamento (evitare anticoagulanti, alcool, esposizione solare, ecc.): Sì \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Ho ricevuto e compreso le indicazioni post-trattamento (pulizia, prodotti da usare, divieto di

sole/piscina/sauna, non grattare le crosticine, ecc.): Sì \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Firma cliente per presa visione istruzioni pre/post \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

#### Programma follow-up

Ritocco consigliato entro 30-45 giorni: Data proposta ritocco: \_\_\_\_\_

Appuntamenti successivi / note: \_\_\_\_\_

#### Registro materiali e sterilizzazione (da compilare dall'operatore)

Strumenti monouso utilizzati (elenco): \_\_\_\_\_

Sterilizzazione e disinfezione campo: \_\_\_\_\_

Pigmento (marca/colore/lotto): \_\_\_\_\_

Numero lotto anestetico: \_\_\_\_\_

Note su materiali: \_\_\_\_\_

#### Documentazione fotografica (da compilare dall'operatore)

Foto pre-trattamento: Sì \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Foto design sopracciglia: Sì \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Foto post-trattamento immediato: Sì \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Foto follow-up: Sì \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

#### Note operative e osservazioni cliniche

Osservazioni pre-trattamento: \_\_\_\_\_

Eventuali complicazioni/gestione durante o dopo il trattamento: \_\_\_\_\_

Esito follow-up/ritocco: \_\_\_\_\_

#### Dichiarazione operatore

Nome e cognome operatore: \_\_\_\_\_

Qualifica e numero iscrizione (se applicabile): \_\_\_\_\_

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

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