

Карта пациента

ФИО _____

Возраст _____ Дата первичного обращения _____

Адрес _____ Телефон _____

Проводимые ранее процедуры (область, наименование препаратов, даты, особенности):

1. Эстетический уход: _____
2. Химические пилинги _____
3. Дермабразия _____
4. Введение имплантов _____
5. Введение миорелаксантов _____
6. Хирургическое лечение в области _____
7. Другое: _____

Отмечались ли побочные явления. Если «да», то какие _____

Аллергические реакции _____

Перенесенные заболевания _____

Хронические заболевания _____

Кожные заболевания: _____

Принимаемые препараты, БАДы _____

Склонность к келоидообразованию (да, нет) _____

Склонность к герпетическим высыпаниям (да, нет, периодичность высыпаний) _____

Склонность к кровотечениям _____

Последний менстр. цикл _____

Беременность _____

Порог болевой чувствительности _____

Объективные данные: _____

Состояние кожи: _____

Тип кожи: _____ Фототип: _____ Тургор: _____

Наличие рубцов _____, дисхромий _____, ксантелазм _____

Родинок _____, рельеф _____, птоз _____

Состояние подкожно-жирового слоя _____

Морщины (локализация, глубина) _____

Дата процедуры: _____

Анестезия: _____

Наименование препарата и количество: _____

Схема введения: _____

Локализация (зона): _____

Особенности проведения процедуры: _____

Переносимость _____ Результат: _____

Дата: _____

Специалист: _____

ФИО