



SCHEDA CHECK-UP

COGNOME _____

NOME _____

VIA _____

CAP _____ CITTA' _____

TEL. _____

E-MAIL _____ @ _____

Informativa DLGS 196/03 per il trattamento dei dati personali

Gentile Signora / e ,

desideriamo informarLa che la legge prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Ai sensi della Legge indicata, tale trattamento sarà improntato a principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti. Le forniamo quindi le seguenti informazioni:

1) Il trattamento dei Suoi dati:

a - avrà finalità limitate e relative alla sola effettuazione di trattamenti estetici viso / corpo presso il nostro Centro;

b - sarà effettuato su supporto cartaceo;

c - i dati non saranno comunicati ad altri soggetti, se non chiedendoLe espressamente il consenso.

2) Il conferimento dei dati è facoltativo e la loro mancata comunicazione non ha alcuna conseguenza sulla esecuzione del contratto e sulla prosecuzione del nostro rapporto.

3) Il titolare del trattamento del Centro Estetico è _____ sito in _____

Al titolare del trattamento Lei potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti così come previsti DLGS 196/03.

Consenso per il trattamento di dati sensibili

Il/La sottoscritta/o sig.ra/sig. _____

acquisite le informazioni di cui DLGS 196/03, acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto, in particolare, conoscenza che i medesimi rientrano nel novero dei dati cd. "sensibili", essendo idonei a rivelare lo stato di salute della persona.

Data e luogo _____

Firma leggibile _____



Misurazione post chirurgia oncologica

Deficit/sequela

Scapola alata: _____ presente () _____ assente ()

Axillary web syndrome: _____ presente () _____ assente ()

Deficit agli arti inferiori: _____ presenti () _____ assenti ()

Difficoltà a muovere gli arti superiori NO () SI () SE sì che tipo di difficoltà? _____

Difficoltà a muovere gli arti inferiori NO () SI () SE sì che tipo di difficoltà? _____

Deficit muscolare/articolare: presenti () assenti ()

se presenti, dove:

Deficit di sensibilità: presente () assente ()

se presente, quale zona è interessata?:

ALTRE SEQUELE:

Edema

Localizzazione:

Fovea: _____ presente () _____ assente ()

Test del declive: _____ riduzione () _____ invariato ()

Segno di Stemmer (solo arti inf.): _____ presente () _____ assente ()

Linfedema:

Localizzazione:

Punto di reperi anatomico:

Misurazione centimetrica dal punto di reperi: _____ ogni _____ cm

n.	Dx	Sx
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		

Braccio dominante:

Misurazione mano a 8 _____ Dx _____ Sx



CHECK-UP Cliente in terapia oncologica

DIAGNOSI ATTUALE: _____

Data della diagnosi _____ Ospedale di riferimento _____

Medico di riferimento _____

Note _____

TERAPIA ONCOLOGICA ATTUALE

• **FARMACOLOGICA** data di inizio _____ Durata _____

Data ultima somministrazione _____ Tipo di farmaci _____

Effetti indesiderati generali _____

Effetti indesiderati sulla cute _____

Note _____

• **RADIOTERAPICA** data di inizio _____ Durata _____

Data ultima seduta _____

Effetti indesiderati generali _____

Effetti indesiderati sulla cute _____

Note _____

• **CHIRURGICA** _____

Cicatrici Edemi Altro data _____

Note _____



DIAGNOSI PREGRESSA: _____

Data della diagnosi _____ Ospedale di riferimento _____

Medico di riferimento _____

Note _____

TERAPIA ONCOLOGICA PREGRESSA

• **FARMACOLOGICA** data di inizio _____ Durata _____

Data ultima somministrazione _____ Tipo di farmaci _____

Effetti indesiderati generali _____

Effetti indesiderati sulla cute _____

Note _____

• **RADIOTERAPICA** data di inizio _____ Durata _____

Data ultima seduta _____

Effetti indesiderati generali _____

Effetti indesiderati sulla cute _____

Note _____

• **CHIRURGICA** _____

Cicatrici Edemi Altro data _____

Note _____



SEGNI CLINICI ATTUALI : _____

SEQUELE CHIRURGICHE / POST OPERATORIE: _____

VALUTAZIONI ESTETICHE

TIPO DI PELLE

Disidratata Alipica Sensibile Lesioni acneiche Ipertrichosi

Alterazioni in atto _____

Lesioni cutanee viso _____

Lesioni cute & unghie - mani _____

Lesioni cute & unghie - piedi _____

Lesioni cutanee corpo _____

PRESCRIZIONE COSMETOLOGICA

VISO

{ Detersione _____

{ Mattino _____

{ Sera _____

CORPO

{ Detersione _____

{ Mattino _____

{ Sera _____

Protezione SOLARE _____

Trattamento autocura MANI _____

Trattamento autocura PIEDI _____

Trattamenti Viso: _____

Trattamenti Corpo: _____

Protocollo: _____

Sedute : _____

Note _____
