

COMPILAZIONE SCHEDA CHECK-UP

Percorso di “Benessere, Make-up e Inestetismi
da Terapia”

D.ssa Ambra Redaelli





SCHEMA CHECK-UP

COGNOME _____

NOME _____

ETA' _____

VIA _____

CAP _____ CITTA' _____

TEL. _____

E-MAIL _____ @ _____

Informativa DLGS 196/03 per il trattamento dei dati personali

Caro Signora / e,
 dichiaro 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 suggerimento estetico

c) - i dati non saranno comunicati ad altri soggetti, se non chiederà 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:

Ho La sottoscritta/ho sottoscritto _____

acquisito le informazioni di cui DLGS 196/03, acconsento al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver letto, in particolare, conoscenza che i medicinali rivestono nel nostro dei dati ed. "sensibili", essendo idonei a rivelare lo stato di salute della persona.

Data e luogo _____

Attiva Windows

Passa alle impostazioni per attivare Windo





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 _____





SEGNALI CLINICI ATTUALI : _____

SEQUELE CHIRURGICHE / POST OPERATORIE: _____

VALUTAZIONI ESTETICHE

TIPO DI PELLE

Disidratata Alipica Sensibile Lesioni acnemiche Ipertrichiosi

Alterazioni in atto _____

Lesioni cutanee viso _____

Lesioni cute & unghie - mani _____

Lesioni cute & unghie - piedi _____

Lesioni cutanee corpo _____

PRESCRIZIONE COSMETOLOGICA

VISO { Deterzione _____

{ Mattino _____

{ Sera _____

CORPO { Deterzione _____

{ Mattino _____

{ Sera _____

Protezione **SOLARE** _____

Trattamento autocura **MANI** _____

Trattamento autocura **PIEDI** _____

Trattamenti **Viso:** _____

Trattamenti **Corpo:** _____

Protocollo: _____

Scelte: _____

Note _____

Attiva Windows

Passa alle impostazioni per attivare Windows

NOTE





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 repere anatomico:

Misurazione centimetrica dal punto di repere: _____ ogni _____ cm

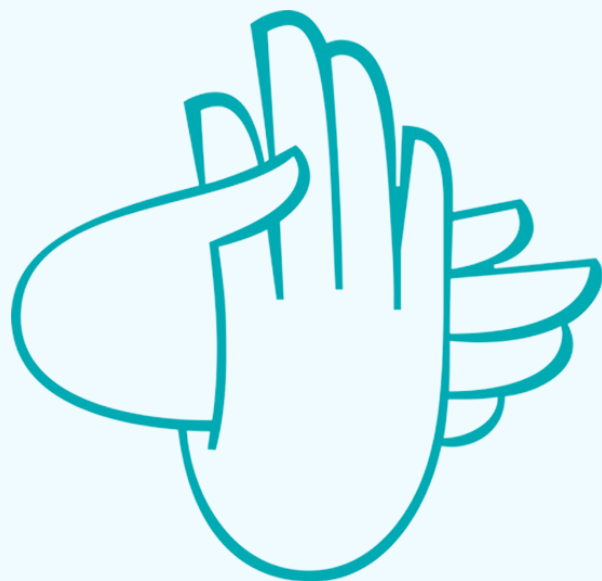
n.	Dx	Sx
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		

Braccio dominante:

Misurazione mano a 8 _____ Dx _____ Sx



GRAZIE PER L'ATTENZIONE!



APEO

ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE
DI ESTETICA ONCOLOGICA

