

PAF

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO FACIAL

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Sexo: () F () M
Endereço: _____ CEP: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone/ Celular: _____
Data de Nascimento: _____ Idade: _____ Naturalidade: _____
Estado Civil: _____ Grau de Escolaridade: _____ Profissão: _____
Profissional Responsável: _____ Especialidade: _____ Admissão: _____

2. ANAMNESE

- Queixa Principal: _____

- HDA: _____

- AP: _____ AF: _____

- CA pele () Não () Sim

- Hábitos de Vida: () Tabagismo () Etilismo () Atividade Física () Outros _____

- Medicamentos: () Não () Sim. Se sim, qual/ Freqüência? _____

- Cosméticos: () Não () Sim. Se sim, qual / Freqüência? _____

- Botox: () Não () Sim. Se sim, qual local/ Quanto tempo? _____

- Protetor solar: () Não () Sim. Se sim, qual / Freqüência? _____

- Alergia: () Não () Sim _____

- Alimentação: _____

- Menstruação: () Regular () Irregular () Menopausa () Histerectomia

– Menarca/ idade: _____

- Tratamento Facial Anterior: () Não () Sim. Resultados: _____

3. EXAME FÍSICO-FUNCIONAL

A) Inspeção:

- Cor da pele: () Branca () Parda () Negra () Amarela

- Tipo de pele: () Eudérmica () Mista () Alípica () Oleosa

- Classificação de pele de Goglaui

() Tipo I Sem rugas, efélides, textura ideal – 20 anos

() Tipo II Rugas ao movimento, pequenas alterações pigmentares – 30 anos

() Tipo III Rugas no repouso, melasma região zigomática, elastose solar – 40 anos

() Tipo IV Muitas rugas, telangiectasias, hiperpigmentação, hirsutismo e/ou hipertricrose, tumoração

- Classificação do Fototipo (Fitzpatrick)

() Tipo I Muito sensível – queima facilmente e nunca pigmenta

() Tipo II Sensível – queima moderadamente e pigmenta levemente

() Tipo III Moderadamente sensível – queima levemente e pigmenta facilmente

() Tipo IV Muito pouco sensível – nunca queima e está sempre pigmentada

() Tipo V Nunca queima e pigmenta mais que a média

() Tipo VI Pele negra

- Pilosidade: () Face () Buço () Pescoço

- Acne:

() Ausente

() Grau I Comedões

() Grau II Comedões abertos, pápulas, seborréia, com ou sem inflamação de pústulas

- Grau III Comedões abertos, pápulas, pústulas, seborréia e cistos
 Grau IV Todas as complicações acima com a presença de grandes nódulos purulentos

- Alterações

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Mílio | <input type="checkbox"/> Couperouse | <input type="checkbox"/> Hidroadenoma |
| <input type="checkbox"/> Seborréia | <input type="checkbox"/> Xantelasma | <input type="checkbox"/> Tricose |
| <input type="checkbox"/> Rosácea | <input type="checkbox"/> Dermatite | <input type="checkbox"/> Verrugas |
| <input type="checkbox"/> Melasma | <input type="checkbox"/> Efélides | <input type="checkbox"/> Fotoenvelhecimento |
| <input type="checkbox"/> Acromias | <input type="checkbox"/> Nevus | |

- Flacidez de Pele: Não Sim

Localização: _____

- Rugas: Não Sim

Localização

- | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Glabellar | <input type="checkbox"/> Frontal | <input type="checkbox"/> Malar | <input type="checkbox"/> Periorbicular |
| <input type="checkbox"/> Perioral | <input type="checkbox"/> Nasogeniano | <input type="checkbox"/> Mentoniana | <input type="checkbox"/> Cervical anterior |

Tipo:

Estática: _____

Dinâmica: _____

Classificação de Tsuji

- Superficial – desaparece ao estiramento da pele
 Profundas – não desaparecem ao estiramento da pele

Grau (classificação de Lapiere e Pierard)

- Grau I – rugas de expressão
 Grau II – afinamento dermoepidérmica
 Grau III – Alteração gravitacional com modificações dermoepidérmicas e musculares

- Avaliação Odontológica

- | | | | |
|-----------------------------------|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Macrognatismo | <input type="checkbox"/> Aparelho ortodôntico | <input type="checkbox"/> Prótese |
| <input type="checkbox"/> Amálgama | <input type="checkbox"/> Micrognatismo | <input type="checkbox"/> Implante dentário | |

B) Palpação:

- | | | | |
|-------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| - Tato: | <input type="checkbox"/> Lisa | <input type="checkbox"/> Áspera | <input type="checkbox"/> Fina |
| - Tonus Muscular: | <input type="checkbox"/> Hipotônico | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Hipertônico |
| - Hidratação: | <input type="checkbox"/> Superficial | <input type="checkbox"/> Profunda | |

4. LÂMPADA DE WOOD

- | | | | |
|--|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Azul violeta leve | <input type="checkbox"/> Violeta intensa | <input type="checkbox"/> Violeta pálida | <input type="checkbox"/> Dourado |
| <input type="checkbox"/> Esbranquiçada | <input type="checkbox"/> Escura | <input type="checkbox"/> Rosa | |

5. TFM

	D					E						
Franzir a testa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Franzir a sobrancelha	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Fechar os olhos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Fazer o bico	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Elevar o ângulo da boca	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Franzir o queixo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Franzir o pescoço	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Legenda: (0) Ausência de Contração

- (1) Esboço de contração
(2) Início da contração
(3) Movimentação sem resistência
(4) Movimento com resistência
(5) movimento com resistência máxima

6. MEDIDAS DE FACE

Ângulo da boca ao trago:

Ângulo externo do olho ao início da sobrancelha: _____ D _____ E
 Centro da sobrancelha ao couro cabeludo: _____ D _____ E
 Ponto central do queixo ao ângulo externo do olho: _____ D _____ E
 _____ D _____ E

7. PÓS-OPERATÓRIO

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Infecção | <input type="checkbox"/> Equimose | <input type="checkbox"/> Aderência |
| <input type="checkbox"/> Deiscência | <input type="checkbox"/> Hematoma | <input type="checkbox"/> Retração |
| <input type="checkbox"/> Edema | <input type="checkbox"/> Petéquias | <input type="checkbox"/> Cicatriz hipertrófica |
| | <input type="checkbox"/> Víbice | <input type="checkbox"/> Quelóide |

- Dor: Sim Não

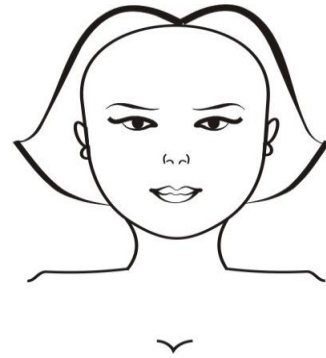
- Sensibilidade: *(Identifique na face o local)*

Verde 0,05 gr – sensibilidade dentro dos limites normais

Azul 0,2 gr – tato leve diminuído

Violeta 2 gr – sensação protetora diminuída e perda de tato leve

Vermelho escuro 4 gr – perda da sensação protetora e do tato leve



8. AVALIAÇÃO POR IMAGEM

- Vídeo Câmera

- Fotografia (anexo: anterior e perfil/ com e sem mímica facial)

Comentário:

9. TRATAMENTO FISIOTERÁPICO

- Diagnóstico Cinético-funcional:

- Objetivo

- Conduta

Responsável: _____

(Assinatura e Carimbo)

