

# Questionnaire Médical & analyse de la peau



*Skinbyimene*

## INFORMATIONS PERSONNELLES (PARTIE CLIENT)

Nom :  Prénom :

Date de naissance :

## ÉTAT DE SANTÉ

Êtes-vous enceinte ou en cours d'allaitement ?  Oui/Non

Antécédents médicaux importants :

Suivez-vous un traitement médical en cours?  Oui/Non  
Si Oui, préciser:

Allergies connues :

Consommation régulière : Tabac Oui/Non, Alcool Oui/Non, Drogues Oui/Non

## HABITUDES & BIEN-ÊTRE

Pratique sportive : Jamais/ Occasionnellement/ Régulièrement.  
Fréquence:

Habitude alimentaire : Sucré / Salé / Équilibré

Exposition solaire : vous vous exposez souvent au soleil?  Oui/Non  
Fréquence:

Vous bronzes facilement ? Oui rapidement/ Oui lentement / Non  
Vous brûlez au soleil? Oui/ parfois/ Non  
Protection solaire : Jamais/ Occasionnellement / Toujours  
SPF habituel :

Avez-Vous effectué un soin récemment ? Oui (préciser):

Signature du client:

Date:        /        /

**PARTIE PRACTICIEN - RÉSERVÉ À L'ESTHETICIENNE**

**PROTHOTYPE : I / II / III / IV / V / VI**

**TYPE DE PEAU:**

Normale	<i>Grain de peau régulier, équilibré sébum/hydratation, peu d'imperfections</i>
Sèche	<i>Tiraillements, manque d'éclat, fine. , pores serrés, peu de sébum</i>
grasse	<i>Brillance, pores dilatés, tendance aux imperfection, excès de sébum</i>
mixte	<i>Zone T grasse, joues normales ou sèches</i>
sensible / Réactive	<i>Rougeurs, inconfort, picotement, réagit facilement aux soins ou au climat</i>

**DIAGNOST PRACTICIEN:**

**TYPE DE SOIN PRÉVU:**

**PRODUITS ACTIFS UTILISÉS:**

**PEELING CHOISI (SI APPLICABLE):**

**LED (PROGRAMME / COULEUR):**