

Questionnaire Médical & analyse de la peau



Skinbyimene

INFORMATIONS PERSONNELLES (PARTIE CLIENT)

<i>Nom :</i>	<i>Prénom :</i>
--------------	-----------------

<i>Date de naissance :</i>	
----------------------------	--

ÉTAT DE SANTÉ

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

<i>Antécédents médicaux importants :</i>
--

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

<i>Allergies connues :</i>

<i>Consommation régulière : Tabac Oui/Non, Alcool Oui/Non, Drogues Oui/Non</i>
--

HABITUDES & BIEN-ÊTRE

<i>Pratique sportive : Jamais/ Occasionnellement/ Régulièrement.</i>
--

<i>Fréquence:</i>

<i>Habitude alimentaire : Sucré / Salé / Équilibré</i>
--

<i>Exposition solaire : vous vous exposez souvent au soleil? Oui/Non</i>
--

<i>Fréquence:</i>

<i>Vous bronzez facilement ? Oui rapidement/ Oui lentement / Non Vous brulez au soleil? Oui/ parfois/ Non Protection solaire : Jamais/ Occasionnellement / Toujours SPF habituel :</i>
--

<i>Avez-Vous effectué un soin récemment ? Oui (préciser):</i>

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):