

# SANTÉ ET HISTORIQUE DU CLIENT

# Ambeauté

## INFORMATION

Nom du client : \_\_\_\_\_  
Nom de famille Prénom

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Mois Jour  moins de 21 ans  21-30  31-40  
 41-50  51-60  Plus de 60

De quelle façon avez-vous entendu parler de nous ? \_\_\_\_\_

Journal  Séminaire  Radio  Connaissance\*  Chèque-cadeau  Magazine  Site Internet

Autres, expliquez : \_\_\_\_\_

\*Nom de votre référence : \_\_\_\_\_

## VOTRE SANTÉ

Oui Non

Durant la dernière année, avez-vous consulté un médecin ?

Raison : \_\_\_\_\_

Durant la dernière année, avez-vous consulté un dermatologue ?

Raison : \_\_\_\_\_

Durant les neuf derniers mois, avez-vous subi une chirurgie ?

Si oui, pouvez-vous préciser : \_\_\_\_\_

Avez-vous eu des problèmes de santé dans le passé ou actuellement ?

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cancer               | <input type="checkbox"/> Blessure colonne vertébrale | <input type="checkbox"/> Foie          | <input type="checkbox"/> Pression artérielle |
| <input type="checkbox"/> Diabète              | <input type="checkbox"/> Hystérectomie               | <input type="checkbox"/> Reins         | <input type="checkbox"/> Hémophilie          |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie            | <input type="checkbox"/> Problèmes de thyroïde       | <input type="checkbox"/> Asthme        | <input type="checkbox"/> Attaque cardiaque   |
| <input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques | <input type="checkbox"/> Varicosités                 | <input type="checkbox"/> Poumons       | <input type="checkbox"/> Thromboses          |
| <input type="checkbox"/> Dérèglement hormonal | <input type="checkbox"/> Maladies chroniques         | <input type="checkbox"/> Constipation  | <input type="checkbox"/> Embolie pulmonaire  |
| <input type="checkbox"/> Autre                | <input type="checkbox"/> Hypertension                | <input type="checkbox"/> VIH (positif) |  |

Si oui, pouvez-vous préciser : \_\_\_\_\_

**VOTRE SANTÉ (suite)**

Oui Non

Suivez-vous une diète spécifique ?

 

Avez-vous subi une perte ou un gain de poids significatif dans les six derniers mois ?

 

Prenez-vous des vitamines, drogues, anticoagulants, pilules amaigrissantes ou minéraux ?

 

Inscrire tous les médicaments que vous prenez régulièrement :

Oui Non

Suppléments alimentaires : \_\_\_\_\_

 

Médication : \_\_\_\_\_

 

Fumez-vous ? Si oui, nombre de cigarettes par jour : \_\_\_\_\_

 

Faites-vous de l'exercice régulièrement ?

 

Avez-vous des troubles du sommeil ?

 

Portez-vous des lentilles cornéennes ?

 

Avez-vous des implants métalliques ou un stimulateur cardiaque ?

 

Avez-vous déjà eu des caillots sanguins ?

 

Êtes-vous allergique aux crustacés et/ou à l'iode ?

 

Précisez : \_\_\_\_\_

Voyagez-vous ?

 

Avez-vous reçu une vaccination contre les hépatites ?

 Souhaiteriez-vous être vacciné pour votre voyage  
ou recevoir de l'information à ce sujet ? 

À quand remonte votre dernier bilan sanguin et examen général ? \_\_\_\_\_

**VOTRE PEAU**

Oui Non

Avez-vous des problèmes de peau spécifiques au niveau du visage ?

 

Si oui, spécifiez : \_\_\_\_\_

Avez-vous remarqué des changements à votre peau dernièrement ?

 

Expliquez : \_\_\_\_\_

Quels produits de soins utilisez-vous actuellement ? Marque : \_\_\_\_\_

 Savon Sérum Tonique Exfoliant Contour des yeux Nettoyant Crème de nuit Hydratant Masque

Autres : \_\_\_\_\_

## VOTRE PEAU (suite)

	Oui	Non
Avez-vous certaines allergies à des produits de beauté ou autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, spécifiez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous intéressé(e) par le Botox ou autres formes d'injections ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saviez-vous que certains produits dissolvent les points noirs (comédons) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que les extractions sont une priorité dans votre facial ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous sensible à la lumière ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## HISTORIQUE D'EXFOLIATION

	Oui	Non
Avez-vous déjà expérimenté des peelings chimiques, laser, microdermabrasion ou tout autre traitement de rajeunissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> durant le dernier mois ?		
<input type="checkbox"/> durant les 3 derniers mois ?		
<input type="checkbox"/> durant les 6 derniers mois ?		
Spécifiez : _____		
Utilisez-vous Accutane, Rétin A, Renova ou Adapalene (Differin), Vitamine A Acide ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisez-vous une quelconque médication pour l'acné ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, laquelle ? _____		
Utilisez-vous présentement certains produits contenant les ingrédients suivants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Acide glycolique	<input type="checkbox"/> Exfoliants	<input type="checkbox"/> Acide lactique
<input type="checkbox"/> Dérivés de vitamine A (ex. : rétinol)	<input type="checkbox"/> Hydroxyacides (toutes formes)	<input type="checkbox"/> Hydroquinone
<input type="checkbox"/> Autre : _____		

## PIGMENTATION

	Oui	Non
Avez-vous des taches pigmentaires (taches brunes) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Région concernée : _____		
Si oui, êtes-vous intéressé(e) à les faire disparaître ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des marques sur votre peau (tatouages, cicatrices ou autres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Région concernée : _____		
Si oui, êtes-vous intéressé(e) à les faire disparaître ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SÉCRÉTION DE SÉBUM

Avez-vous la peau du visage qui brille/huileuse (sébum) durant la journée ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Parfois
Avez-vous des irrptions cutanées (boutons) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Parfois
Est-ce que le centre de votre visage (axe facial) est huileux durant la journée ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Parfois

## HYDRATATION

Combien de verres d'eau buvez-vous chaque jour? \_\_\_\_\_

Combien de boissons alcoolisées buvez-vous par semaine? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà expérimenté ces conditions sur votre peau?  Desquamation  Peau qui tire  Déshydratation apparente  
(peau qui pique)

Quelle est le FPS de votre crème solaire pour le visage? \_\_\_\_\_ corps? \_\_\_\_\_

	Oui	Non
Prenez-vous des bains de soleil à l'extérieur ou fréquentez-vous les salons de bronzage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bronzez-vous facilement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

## CORPS

	Oui	Non
Votre peau est-elle sèche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous de la cellulite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------	--------------------------	--------------------------

Avez-vous des varicosités?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------	--------------------------	--------------------------

Vos jambes enflent-elles le soir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--------------------------	--------------------------

Avez-vous souvent des crampes dans les jambes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Produits utilisés pour le corps: \_\_\_\_\_

Faites-vous des ecchymoses (bleus) facilement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Quelle genre de pression préférez-vous pour votre massage?  Légère  Moyenne  Profonde

## ÉPILATION

	Oui	Non
Êtes-vous intéressé par la réduction permanente des poils?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## PÉDICURE

	Oui	Non
Prenez-vous des médicaments anticoagulants?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Est-ce que vos pieds piquent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	--------------------------	--------------------------

Avez-vous du pied d'athèle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------	--------------------------

Avez-vous tendance à faire des ongles incarnés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Avez-vous les pieds secs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------	--------------------------	--------------------------

Quels produits utilisez-vous sur vos mains? \_\_\_\_\_ pieds? \_\_\_\_\_

Préférez-vous faire couper vos cuticules?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

	Oui	Non
Saviez-vous que certains produits dissolvent les cuticules ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous souvent des champignons sous les ongles de vos orteils <input type="checkbox"/> ou de vos mains ? <input type="checkbox"/>		
Quels produits utilisez-vous pour vos ongles ? _____		
Quelle crème utilisez-vous pour vos mains ? _____		

<b>ACTIVITÉ CAPILLAIRE</b>	Oui	Non
Brûlez-vous facilement au soleil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rougissez-vous facilement lorsque vous êtes nerveux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous tendance aux rougeurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de problèmes de sinus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transpirez-vous facilement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de rosacée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>ACTIVITÉ NERVEUSE</b>	Oui	Non
Buvez-vous des breuvages caféinés (café, thé, boissons gazeuses) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Combien chaque jour (toutes formes confondues) ? _____		
Avez-vous déjà ressenti une sensation de brûlure ou de picotement sur votre peau ? Sur quelle région ? Expliquez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quelle est votre tolérance à la douleur ? <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Élevée		
Souffrez-vous de claustrophobie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu une réaction quelconque à certains de ces éléments ?		
<input type="checkbox"/> Cosmétiques <input type="checkbox"/> Iode <input type="checkbox"/> Animaux <input type="checkbox"/> Aliments <input type="checkbox"/> Écrans solaires		
<input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Pollen <input type="checkbox"/> Parfums <input type="checkbox"/> Hydroxyacides <input type="checkbox"/> Fruits de mer ou crustacés		
<input type="checkbox"/> Autre, spécifiez : _____		
Est-ce que vos mains et vos pieds deviennent froids facilement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>CLIENTES FÉMININES SEULEMENT</b>	Oui	Non
Prenez-vous des contraceptifs ? <input type="checkbox"/> Oraux <input type="checkbox"/> Injectables <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous changé de sorte de contraceptifs dans les derniers six mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous enceinte ou en projet de le devenir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### CLIENTES FÉMININES SEULEMENT

	Oui	Non
Allaitiez-vous présentement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos seins manquent-ils de fermeté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Combien de grossesses avez-vous eues ? _____		
Votre cycle menstruel est-il régulier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des poils superflus au visage ou sur les seins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous preniez rendez-vous pour un massage ou un traitement du décolleté, auriez-vous objection à ce que la technicienne masse vos pectoraux (région de poitrine) en évitant les mamelons ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### CLIENTS MASCULINS SEULEMENT

	Oui	Non
Quelle est votre méthode de rasage actuelle ? <input type="checkbox"/> Rasoir à lames <input type="checkbox"/> Électrique <input type="checkbox"/> Sur peau humide <input type="checkbox"/> Sur peau sèche		
Avez-vous de l'irritation après vous être rasé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des problèmes de poils incarnés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des problèmes de rougeurs ou de boutons ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À quelle fréquence vous rasez-vous ? <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Jamais		
Êtes-vous intéressé par l'épilation ? <input type="checkbox"/> Électrolyse <input type="checkbox"/> Cire <input type="checkbox"/> Laser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### QUESTIONS À DISCUTER LORS DE CHAQUE VISITE

	Oui	Non
Prenez-vous de nouveaux médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu de l'herpès simplex (feux sauvages) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des allergies ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quel est l'objectif de votre visite ? _____		

J'ai pris connaissance de la politique d'annulation et j'en accepte les termes et conditions.  Oui   Init. \_\_\_\_\_

J'ai pris connaissance, on m'a expliqué et j'accepte tous les risques potentiels liés à mon (mes) traitements(s), et je suis d'accord à n'entreprendre aucune action légale contre l'établissement ou de tenir l'établissement, l'employé contractant responsable.

J'accepte que mes informations soient utilisées pour la recherche.  Oui   Init. \_\_\_\_\_

J'accepte que mes photos soient utilisées pour fins publicitaires  Oui   Init. \_\_\_\_\_ et/ou l'éducationnelles.  Oui   Init. \_\_\_\_\_

Je confirme (au meilleur de ma connaissance) que les réponses données sur ces pages sont véridiques et que je n'ai caché aucune information qui pourrait nuire à mon traitement ou aux produits utilisés.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date