

## Renseignements et antécédents médicaux du/de la client(e)

Afin que l'esthéticienne puisse vous offrir le traitement le plus approprié, veuillez remplir ce questionnaire. Tous les renseignements fournis demeureront confidentiels.

**Antécédents médicaux :** Recevez-vous actuellement les soins d'un professionnel médical ou de la santé? Oui  Non

Antécédents	Commentaires	
	Oui	Non
<b>médicaux</b>		
enceinte/planification d'une grossesse		
stimulateur cardiaque		
implants métalliques		
diabète		
herpès simplex		
migraines		
maladie auto-immune		
cancer actif/rémission		
radiothérapie au cours des trois derniers mois		
chimiothérapie au cours des trois derniers mois		
épilepsie		
problèmes de pression artérielle		
troubles circulatoires		
varices		
troubles cardiaques		
embolie/thrombose		
forme facilement des ecchymoses		
œdème		
enflure non diagnostiquée		
perte de sensation tactile		
arthrite/ostéoporose		
fractures/entorses		
chirurgie récente		
problèmes de mobilité		
anxiété/dépression		
claustrophobie		
vertige		
asthme		
problèmes de thyroïde		
troubles gynécologiques		
symptômes de la ménopause		
troubles digestifs		
hépatite		
troubles de la peau		

Renseignements et antécédents médicaux du/de la client(e)

<b>Allergies</b>		<b>Oui</b>	<b>Non</b>								
réaction au soleil											
médicaments											
environnementales											
alimentaires											
latex											
aspirine											
ingrédients cosmétiques											
autres, non mentionnées											
<b>Nutrition</b>											
Est-ce que vous mangez à des heures régulières?											
Avez-vous une alimentation équilibrée?											
Ajoutez-vous du sel ou du sucre?											
Mangez-vous des repas rapides?											
Consommation quotidienne d'eau											
Consommation quotidienne de caféine											
<b>Style de vie</b>											
niveau de stress		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
habitudes de sommeil		bonnes		médiocres		agité		Nbre d'heures de sommeil ininterrompu			
niveau d'activité physique		marche		natation		cardio		exercice de résistance		sport d'équipe	sédentaire
<b>Particularités de la peau</b>		<b>Oui</b>	<b>Non</b>								
pigmentation des sourcils à la lame récente				Date :				Commentaires :			
application récente d'un maquillage permanent				Date :				Commentaires :			
récent traitement au laser				Date :				Commentaires :			
épilation				Date:				Commentaires :			
botox				Date :				Commentaires :			
produit de comblement cutané pour le visage				Date :				Commentaires :			
exfoliation chimique				Date :				Commentaires :			
exposition au soleil/lit de bronzage				Date :				Commentaires :			

J'atteste que les renseignements que j'ai fournis sont à jour et exacts. Je sais qu'il est de ma responsabilité d'informer l'esthéticienne de tout changement à mes médicaments ou à ma condition médicale. Je comprends les procédures de traitement et toutes les réactions possibles qui pourraient survenir. J'accorde par la présente mon consentement pour recevoir le traitement.

Signature du/de la client(e) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Renseignements et antécédents médicaux du/de la client(e)