

## ***Skills/Compétences Canada — Manucure*** ***Formulaire de consultation***

Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Êtes-vous diabétique? \_\_\_\_\_

Êtes-vous enceinte? \_\_\_\_\_

Prenez-vous des anticoagulants? \_\_\_\_\_

Prenez-vous de la cortisone sous une forme quelconque? \_\_\_\_\_

Avez-vous des champignons ou des verrues (ongles/peau)? \_\_\_\_\_

Avez-vous des allergies? \_\_\_\_\_

Souffrez-vous d'hypertension? \_\_\_\_\_

Avez-vous un problème de santé pouvant nuire à votre immunité?

\_\_\_\_\_

Avez-vous d'autres problèmes de santé dont nous devrions être informés?

\_\_\_\_\_

Avez-vous des varices? \_\_\_\_\_

Allergies (\*algues, \*aloès, \*noisettes)? \_\_\_\_\_

Suivez-vous actuellement un traitement médical pour une affection de la main ou du pied?

\_\_\_\_\_

Si oui, veuillez la décrire :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Autres sujets de préoccupation?

---

---

J'ai fourni, au mieux de mes connaissances, un compte-rendu exact de mes antécédents médicaux, y compris toutes les allergies connues ou tous les médicaments ou produits sur ordonnance que je consomme par voie orale ou que j'applique de manière topique. J'ai lu et compris entièrement la présente entente ainsi que tous les renseignements détaillés ci-dessus. Je comprends la procédure et j'en accepte les risques. J'ai reçu une réponse satisfaisante à toutes mes questions, et j'accepte les modalités de la présente entente. Je ne tiens pas l'esthéticienne (étudiante) ou l'esthéticien (étudiant), dont la signature figure ci-dessous, pour responsable de mes affections actuelles, qui n'ont pas été révélées au moment de la procédure de soins de la peau et qui pourraient subir des effets du traitement effectué aujourd'hui.

J'autorise Skills/Compétences Canada à utiliser des photos de mes mains dans du matériel promotionnel ou éducatif. Je comprends qu'aucun nom n'accompagnera ces photos.

Signature de l'invitée : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_