

Fiche de consultation du modèle

Nom : _____

Date : _____

Utilisez-vous l'un ou l'autre des produits suivants?

Retin-A Oui Non

Renova Oui Non

Produits AHA Oui Non

Médicaments pour les allergies Oui Non

Médicaments pour l'acné Oui Non

Si vous avez coché OUI, veuillez donner des précisions.

Veuillez cocher toute situation vous concernant.

Arthrite _____

Diabète _____

Remplacement d'articulations _____

Hypotension / Hypertension _____

Fibromyalgie _____

Engourdissements _____

Entorse / Foulure _____

Signature du modèle : _____

Signature du concurrent ou de la concurrente : _____