
comment avez-vous entendu parler de nous?

anniversaire 

téléphone 

courriel 

ville prov./terr. code postal

adresse app./unité 

nom 

thérapeute de la peau

dermalogica® carte de consultation

Soutenu par
face mapping®

dossier de traitement /

date	thérapeute de la peau	notes
échantillons		
date	thérapeute de la peau	notes
échantillons		
date	thérapeute de la peau	notes
échantillons		

parlons de vous!

Veillez répondre aux questions suivantes afin de nous aider à vous offrir le meilleur service possible pour votre peau.

votre santé

- 1 L'an dernier, avez-vous eu des problèmes de santé qui ont affecté ou pourraient affecter votre peau? oui non

Si oui, veuillez préciser lesquels :

- 2 Veuillez énumérer les produits que vous prenez régulièrement : médicaments, suppléments, vitamines, diurétiques, pilules amaigrissantes, contraceptifs oraux, isotrétinoïne, etc.

- 3 Portez-vous des lentilles de contact? oui non

- 4 Avez-vous des implants métalliques, un pacemaker ou des perçages? oui non

- 5 Avez-vous des allergies? oui non

Si oui, veuillez préciser lesquelles :

- 6 Avez-vous des problèmes de sinus? oui non

- 7 Avez-vous déjà souffert de claustrophobie? oui non

votre peau

- 8 Avez-vous des préoccupations (défis) particulières concernant votre peau? Lesquelles?

- 9 Quels produits de soins cutanés utilisez-vous actuellement?

savon nettoyant tonique crème hydratante

masque exfoliant produits pour les yeux autres

- 10 Avez-vous effectué des gommages chimiques, une microdermabrasion ou tout autre traitement de resurfaçage au cours des trois derniers mois? oui non

- 11 Avez-vous fait une épilation au cours des 72 dernières heures? oui non

- 12 Avez-vous utilisé du Retin-A, du Renova, de l'Adapalene ou tout autre produit cutané délivré sur ordonnance au cours des trois derniers mois? oui non

- 13 Utilisez-vous actuellement des produits qui contiennent les ingrédients suivants? oui non

acide glycolique acide lactique gommage exfoliant

acides hydroxylés (AHA, BHA) dérivés de la vitamine A (c.-à-d le rétinol)

- 14 Veuillez indiquer si l'une des situations suivantes vous concerne :

enceinte essayer de devenir enceinte allaitement

menstruation pré-menstruation

Je confirme (au mieux de mes connaissances) que les réponses que j'ai données sont exactes et que je n'ai caché aucun renseignement qui pourrait être lié à mon traitement.

signature

date

signature

date

signature

date

5708