



Soin du corps – Formulaire de consultation

Esthétique

NIVEAU POSTSECONDAIRE

Soin du corps – Formulaire de consultation

Renseignements sur le client ou la cliente

Nom : _____ Numéro de concurrent ou concurrente : _____

Date : _____

Antécédents médicaux et cutanés (encerclez toutes les réponses pertinentes)

Allergies (médicaments, produits, aliments, environnement) : _____

Médicaments actuels (topiques ou oraux) : _____

Sensibilité ou réactions cutanées : Parfum Conservateurs Chaleur

Autres : _____

Exposition au soleil ou bronzage (récemment) : Non Légèrement Modérément Fréquemment

Problèmes cutanés antérieurs ou actuels : Acné Eczéma Psoriasis Folliculite Kératose pilaire

Autres : _____

Évaluation du type de peau

Type de peau	Description	Oui/Non
Grasse	Teint brillant, pores dilatés, tendance aux éruptions cutanées	
Sèche	Squameuse, tendue, texture rugueuse, teint terne	
Normale	Équilibre hydrolipidique, lisse, peu d'imperfections	
Mixte	Grasse dans le haut du dos ou des épaules, sèche dans le bas du dos	
Sensible	Rougeurs, irritations, démangeaisons ou picotements	

Observations sur l'état de la peau – En cas de présence de particularités, veuillez indiquer les endroits sur l'illustration en créant vos propres symboles de légende

Particularités	Symbole de légende
Acné/Congestion	
Points noirs/points blancs	
Pigmentation/Dommages causés par le soleil	
Déshydratation	
Rougeurs/inflammation	
Cicatrices	





Particularités	Symbole de légende
Poils incarnés	
Vergetures	

En fonction des résultats, veuillez indiquer ci-dessous les ingrédients que vous choisirez pour créer votre exfoliant personnalisé.

- ___ Huile de pépins de raisin
- ___ Huile de noix de coco
- ___ Sel d'Epsom
- ___ Sel de la mer Morte
- ___ Sucre brun
- ___ Sucre brut

Pourquoi avez-vous choisi ces ingrédients?

Massage aux pierres chaudes – Formulaire de consentement

Utilisez-vous l'un des produits suivants?

- ___ Retin-A
- ___ Renova
- ___ AHA
- ___ Médicament contre l'acné

Si vous avez répondu OUI à l'un des produits ci-dessus, veuillez préciser.

Veuillez indiquer si vous êtes concerné(e) par l'un des problèmes de santé suivants et donner une brève explication dans l'affirmative.

- ___ Allergies _____
- ___ Arthrite _____
- ___ Diabète _____
- ___ Remplacement(s) articulaire(s) _____
- ___ Hypotension artérielle _____
- ___ Hypertension artérielle _____
- ___ Fibromyalgie _____



____ Engourdissement _____
____ Entorses/Foulures _____

Autres contre-indications? _____

En signant le présent formulaire, je reconnais la véracité des déclarations ci-dessus et je consens à recevoir un soin du corps.

Signature du modèle : _____