



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 (encernez 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 symbole 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 choisissez 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 :* \_\_\_\_\_