

## Renseignements et antécédents médicaux du/de la client(e)

Afin que l'esthéticienne puisse vous offrir le traitement le plus approprié, veuillez remplir ce questionnaire. Tous les renseignements fournis demeureront confidentiels.

**Antécédents médicaux :** Recevez-vous actuellement les soins d'un professionnel médical ou de la santé? Oui  Non

Antécédents	Commentaires	
	Oui	Non
<b>médicaux</b>		
Enceinte/planification d'une Grossesse		
Stimulateur cardiaque		
Implants métalliques		
Diabète		
Herpès simplex		
Migraines		
Maladie auto-immune		
Cancer actif/rémission		
Radiothérapie au cours des trois derniers mois		
Chimiothérapie au cours des trois derniers mois		
Épilepsie		
Problèmes de pression artérielle		
Troubles circulatoires		
Varices		
Troubles cardiaques		
Embolie/thrombose		
Forme facilement des ecchymoses		
Œdème		
Enflure non diagnostiquée		
Perte de sensation tactile		
Arthrite/ostéoporose		
Fractures/entorses		
Chirurgie récente		
Problèmes de mobilité		
Anxiété/dépression		
Claustrophobie		
Vertige		
Asthme		
Problèmes de thyroïde		
Troubles gynécologiques		
Symptômes de la ménopause		
Troubles digestifs		
Hépatite		
Troubles de la peau		
<b>Allergies</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Réaction au soleil		
Médicaments		

Environnementales						
Alimentaires						
Latex						
Aspirine						
Ingrédients cosmétiques						
Autres, non mentionnées						
<b>Nutrition</b>						
Est-ce que vous mangez à des heures régulières?						
Avez-vous une alimentation équilibrée?						
Ajoutez-vous du sel ou du sucre?						
Mangez-vous des repas rapides?						
Consommation quotidienne d'eau						
Consommation quotidienne de caféine						
<b>Style de vie</b>						
Niveau de stress	1	2	3 4 5 6 7 8 9 10			
Habitudes de sommeil	bonnes	médiocres	agité	Nbre d'heures de sommeil ininterrompu		
Niveau d'activité physique	marche	natation	cardio	exercice de résistance	sport d'équipe	sédentaire
<b>Particularités de la peau</b>				<b>Oui</b>	<b>Non</b>	
Pigmentation des sourcils à la lame récente			Date :	Commentaires :		
Application récente d'un maquillage permanent			Date :	Commentaires :		
Récent traitement au laser			Date :	Commentaires :		
Épilation			Date:	Commentaires :		
Botox			Date :	Commentaires :		
Produit de comblement cutané pour le visage			Date :	Commentaires :		
Exfoliation chimique			Date :	Commentaires :		
Exposition au soleil/lit de bronzage			Date :	Commentaires :		

J'atteste que les renseignements que j'ai fournis sont à jour et exacts. Je sais qu'il est de ma responsabilité d'informer l'esthéticienne de tout changement à mes médicaments ou à ma condition médicale. Je comprends les procédures de traitement et toutes les réactions possibles qui pourraient survenir. J'accorde par la présente mon consentement pour recevoir le traitement.

Signature du/de la client(e) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_