

Manucure
Formulaire de consultation

Date : _____

Nom : _____

Êtes-vous diabétique? _____

Êtes-vous enceinte? _____

Prenez-vous des anticoagulants? _____

Prenez-vous de la cortisone sous une forme quelconque? _____

Avez-vous des champignons ou des verrues (ongles/peau)? _____

Avez-vous des allergies? _____

Souffrez-vous d'hypertension? _____

Avez-vous un problème de santé pouvant nuire à votre immunité?

Avez-vous d'autres problèmes de santé dont nous devrions être informés?

Avez-vous des varices? _____

Allergies (*algues, *aloès, *noisettes)? _____

Suivez-vous actuellement un traitement médical pour une affection de la main ou du pied? _____

Si oui, veuillez la décrire :

Autres sujets de préoccupation?

J'ai fourni, au mieux de mes connaissances, un compte-rendu exact de mes antécédents médicaux, y compris toutes les allergies connues ou tous les médicaments ou produits sur ordonnance que je consomme par voie orale ou que j'applique de

manière topique. J'ai lu et compris entièrement la présente entente ainsi que tous les renseignements détaillés ci-dessus. Je comprends la procédure et j'en accepte les risques. J'ai reçu une réponse satisfaisante à toutes mes questions, et j'accepte les modalités de la présente entente. Je ne tiens pas l'esthéticienne (étudiante) ou l'esthéticien (étudiant), dont la signature figure ci-dessous, pour responsable de mes affections actuelles, qui n'ont pas été révélées au moment de la procédure de soins de la peau et qui pourraient subir des effets du traitement effectué aujourd'hui.

J'autorise Skills/Compétences Canada à utiliser des photos de mes mains dans du matériel promotionnel ou éducatif. Je comprends qu'aucun nom n'accompagnera ces photos.

Signature de l'invitée: _____

Date : _____