

QUESTIONNAIRE DE SANTE

- Pigmentation
- Effacement
- Micro Needling

Indications sur la zone

- | | | |
|---|-----|-----|
| -Avez-vous déjà eu une pigmentation auparavant ? | Oui | non |
| Si oui, à quel endroit : | | |
| -Avez-vous bénéficié d'injections esthétiques ? | Oui | non |
| -Date de la dernière pigmentation | | |
| -y' a t'il déjà eu du laser ou un effacement par crème sur cette zone ? | | |
| Si oui à quelle date | | |
| -y'a-t-il déjà eu une séance de microneedling | Oui | non |
| Si oui à quelle date | | |

Risques locaux

- | | | |
|---|-----|-----|
| -Présentez-vous des problèmes au niveau de la peau ? | Oui | non |
| Si oui, entourez : acné, psoriasis, vitiligo, eczéma, autre ... | | |
| -Avez-vous eu un traitement par la vitamine A acide (roaccutane, rétinol) | Oui | non |
| Si oui, quel produit : | | |
| Quand avez-vous arrêté : | | |
| -Avez-vous souffert d'herpès au niveau de l'œil ou des lèvres | Oui | non |
| Si oui, entourez : fréquemment, rarement, il y a très longtemps | | |
| Date du dernier épisode : | | |

Risque de saignement

- | | | |
|--|-----|-----|
| -Saignez-vous longtemps quand vous vous coupez ? | Oui | non |
| -Vous faites-vous des bleus facilement ? | Oui | non |
| -Prenez-vous fréquemment de l'aspirine ? | Oui | non |
| -Etes-vous sous traitement anti-inflammatoire ? | Oui | non |
| -Etes-vous sous anticoagulants ? | Oui | non |

Grossesse

- | | | |
|-----------------------|-----|-----|
| -Etes-vous enceinte ? | Oui | non |
|-----------------------|-----|-----|

Allergies

- | | | |
|--|-----|-----|
| -Etes-vous allergique ? | Oui | non |
| Si oui, à quel produit : Médicament, aliment, colorant, métal, acariens, pollen... | | |
| -Avez-vous eu une anesthésie locale de la peau ou dentaire ? | Oui | non |
| Si oui, avez-vous présenté une réaction ? | Oui | non |
| Laquelle : | | |

Maladie auto-immune

- | | | |
|--|-----|-----|
| -Etes-vous atteinte d'une maladie auto-immune ? | Oui | non |
| Si oui, laquelle : sclérodermie-dermatomyosite-polyarthrite rhumatoïde-lupus-thyroïde d'Hashimoto... | | |

Pathologie infectieuse

- | | | |
|----------------------------|-----|-----|
| -Avez-vous eu une hépatite | Oui | non |
|----------------------------|-----|-----|

Si oui, laquelle :		
-Avez-vous été diagnostiqué Séropositif ?	Oui	non
-Avez-vous été transfusé ?	Oui	non
Si oui, en quelle année :		
-Avez-vous reçu des hormones de croissance extractives ?	Oui	non
-Avez-vous bénéficié d'une greffe de cornée ?	Oui	non
-Avez-vous eu une intervention de neurochirurgie ?	Oui	non

Pathologie générale

-Etes-vous sous chimiothérapie, radiothérapie ou hormonothérapie ?		
	Oui	non
-Date de début de traitement :		
-Date de fin du traitement :		
-Avez-vous eu une reconstruction mammaire	Oui	non
-Par quelle technique :		
-Etes-vous suivi pour : une cirrhose, du diabète, une hypertension artérielle, Une insuffisance cardiaque ; respiratoire ; rénale ou autre :	Oui	non
-Etes-vous porteur d'une valve cardiaque ?	Oui	non
-Avez-vous reçu une greffe d'organe ?	Oui	non
Si oui, précisez :		

Traitement

-Prenez-vous actuellement un traitement ?	Oui	non
Si oui, listez les médicaments que vous prenez :		

Autre

-Avez-vous un problème de santé qui n'a pas été signalé ci-dessus	Oui	non
Si oui, précisez :		

Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations portées sur ce questionnaire.
Je certifie ne pas avoir caché ou dissimulé des éléments de santé en vue de bénéficier une dermopigmentation Esthétique ou Médicale.

Nom Prénom :

A LE

Signature suivie de la mention « lu et approuvé »



Natacha Dasehoff
DERMOPIGMENTATION

