

Questionnaire Médical & analyse de la peau



Skinbyimene

INFORMATIONS PERSONNELLES (PARTIE CLIENT)

Nom : Prénom :

Date de naissance :

ÉTAT DE SANTÉ

Êtes-vous enceinte ou en cours d'allaitement ? Oui/Non

Antécédents médicaux importants :

Suivez-vous un traitement médical en cours? Oui/Non
Si Oui, préciser:

Allergies connues :

Consommation régulière : Tabac Oui/Non, Alcool Oui/Non, Drogues Oui/Non

HABITUDES & BIEN-ÊTRE

Pratique sportive : Jamais/ Occasionnellement/ Régulièrement.
Fréquence:

Habitude alimentaire : Sucré / Salé / Équilibré

Exposition solaire : vous vous exposez souvent au soleil? Oui/Non
Fréquence:

Vous bronzes facilement ? Oui rapidement/ Oui lentement / Non
Vous brûlez au soleil? Oui/ parfois/ Non
Protection solaire : Jamais/ Occasionnellement / Toujours
SPF habituel :

Avez-Vous effectué un soin récemment ? Oui (préciser):

Signature du client:

Date: / /

PARTIE PRACTICIEN - RÉSERVÉ À L'ESTHETICIENNE

PROTHOTYPE : I / II / III / IV / V / VI

TYPE DE PEAU:

Normale	<i>Grain de peau régulier, équilibré sébum/hydratation, peu d'imperfections</i>
Sèche	<i>Tiraillements, manque d'éclat, fine. , pores serrés, peu de sébum</i>
grasse	<i>Brillance, pores dilatés, tendance aux imperfection, excès de sébum</i>
mixte	<i>Zone T grasse, joues normales ou sèches</i>
sensible / Réactive	<i>Rougeurs, inconfort, picotement, réagit facilement aux soins ou au climat</i>

DIAGNOST PRACTICIEN:

TYPE DE SOIN PRÉVU:

PRODUITS ACTIFS UTILISÉS:

PEELING CHOISI (SI APPLICABLE):

LED (PROGRAMME / COULEUR):