VOTRE PARCOURS MEDICAL

POUR VOUS MADAME

Êtes-vous enceinte oui ☐ / non ☐ Allaitez-vous ? oui ☐ / non ☐
Avez-vous des enfants oui ☐ / non ☐
Aves – vous eut une césarienne oui ☐ / non ☐
Utilisez-vous un moyen de contraception oui ☐ / non ☐ Si oui, lequel ?
…….

TRAITEMENT MEDICAL

Suivez-vous un traitement médical ? oui ☐ / non ☐
Si oui, lequel ? (compléments alimentaires, vitamines, phytothérapie) ……
……

Êtes-vous actuellement sous corticoïde, vitamine C, anticoagulant, antiagrégant plaquettaire. oui ☐ / non ☐
Si oui, lequel et a quelle dose ?.....
…….

AVEZ-VOUS LES PATHOLOGIES SUIVANTES ?

Troubles de la coagulation oui ☐ / non ☐
Trouble de rythme cardiaque oui ☐ / non ☐
Herpes labial. oui ☐ / non ☐
Épilepsie. oui ☐ / non ☐
Porphyrie. oui ☐ / non ☐
Maladie auto-immune (lupus, rhumatisme articulaire aigu, Sclérose multiple, SLA, etc.). oui ☐ / non ☐
Avez-vous des allergies ? oui ☐ / non ☐
Si oui lesquelles ? (asthme, urticaire, rhinite, atopie cutanée, etc.)
…….

AVEZ VOUS DES ANTECEDENTS CHIRURGICAUX ?

Si oui lesquels ? ……
Avez-vous des cicatrices
Si oui, ou ?.....

Date Signature

MEDECINE ESTHETIQUE

Avez-vous déjà bénéficié d'un traitement esthétique ? (peeling, injectables, fils tenseur), etc. oui ☐ / non ☐
Injection comblement résorbable. oui ☐ / non ☐
Si oui, lequel et quand……..
Injection comblement définitif oui ☐ / non ☐
Qi oui, lequel et quand ?.....
Injection toxine botulique oui ☐ / non ☐
Si oui, lequel et quand ?.....

Peeling oui ☐ / non ☐
Laser oui ☐ / non ☐
Dermabrasion oui ☐ / non ☐
Mésothérapie oui ☐ / non ☐
Radiofréquence oui ☐ / non ☐
Fils tenseurs ? oui ☐ / non ☐
Autre, préciser……..

CHIRURGIE ESTHETIQUE
Avez-vous déjà bénéficié d'une chirurgie esthétique oui ☐ / non ☐

Blépharoplastie	oui ☐ / non ☐	si oui à quel date……..
Lifting	oui ☐ / non ☐	si oui à quel date. ……..
Rhinoplastie	oui ☐ / non ☐	si oui à quel date. ……..
Injection de graisse	oui ☐ / non ☐	si oui à quel date……..
Chirurgie de seins	oui ☐ / non ☐	si oui a quel date. ……
Augmentation mammaire	oui ☐ / non ☐	si oui à quel date…….
Réduction mammaire	oui ☐ / non ☐	si oui à quel date…….
Lifting des seins	oui ☐ / non ☐	si oui à quel date…….
Chirurgie de la silhouette	oui ☐ / non ☐	
Liposuccion.	oui ☐ / non ☐	
Abdominoplastie.	oui ☐ / non ☐	
Lifting des bras.	oui ☐ / non ☐	si oui à quel date ……..

Autre information que vous jugez utile de communiquer au médecin
……
……

Date Signature