

## QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : ..... Ville : .....

Tél : Dom : ..... Travail ..... Port : .....

Profession : .....

Motif de la consultation : .....

Avez-vous des antécédents médicaux ? Non Oui, précisez :

Etes-vous en période de grossesse ou d'allaitement ? Non Oui

Consommation journalière de tabac : .....

Avez-vous subi des interventions chirurgicales ? Non Oui, précisez :

Suivez-vous actuellement un traitement médical ? Non Oui, précisez :

Avez-vous déjà réalisé des actes esthétiques ?  
Non Oui, précisez : (comblement, peeling, botox, Lifting, lumière pulsée, etc...)

Avez-vous déjà eu des injections dans les rides ? Non Oui, précisez :

Connaissez-vous le nom du produit utilisé ? Non Oui, merci de compléter le tableau:

Date d'injection (mois, année)	Nom du produit (Artecoll, Aquamid, Collagène, Dermalive, Dermadeep, Hylaform, Perlane, Restylane, Juvederm, Surgiderm, Théosyal, Vivacy)

Avez-vous eu des réactions d'intolérance à la suite des injections ?  
Non Oui, précisez

Avez-vous des problèmes de cicatrisations ? Non Oui, précisez :

Souffrez-vous d'allergies ? (asthme, allergies aux médicaments, aux aliments, aux cosmétiques, au latex, etc.  
Non Oui, précisez  Anesthésiants  Adrénaline

Avez-vous des problèmes de réactions cutanées, de type herpétique, infectieux (acné) ?  
Non Oui, précisez

Souffrez-vous d'une maladie auto-immune ou affectant le système immunitaire ?  
Non Oui, précisez

Souffrez-vous d'une maladie affectant la glande thyroïde ?  
Non Oui, précisez

Souffrez-vous fréquemment d'angines, de rhumatismes ?  
Non Oui, précisez

Fait à Saint Madrier, le : .....

Signature