



« C ma Clinic vous accompagne pour choisir au mieux les produits à appliquer sur votre peau et/ou les soins à réaliser au Cabinet. Experte dans le domaine de la beauté avec des traitements sur-mesure et diplômée de Kératopraxie®, elle met à votre service ses connaissances, son expérience, son expertise et son savoir-faire. »

Date :

Nom :	Prénom :
Mail :	Téléphone :
Age : ans	Profession :

« Pour analyser l'écosystème de votre peau et répondre au mieux à vos attentes, nous avons besoin d'informations qui nous permettrons de la traiter correctement »

HYGIENE DE VIE

Milieu ambiant dominant :	<input type="checkbox"/> Intérieur	<input type="checkbox"/> Extérieur	<input type="checkbox"/> Ordinateur, Ecran...
Etes-vous régulièrement en contact avec des éléments agressifs pour votre peau ?	<input type="checkbox"/> Produits détergents	<input type="checkbox"/> Chaud	<input type="checkbox"/> Froid
	<input type="checkbox"/> Poussière	<input type="checkbox"/> Vent	
Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, précisez	<input type="checkbox"/> Occasionnellement, précisez :
Qualité du sommeil :	Somnifères :		
Transport :	<input type="checkbox"/> Voiture	<input type="checkbox"/> 2 roues	<input type="checkbox"/> Marche
	<input type="checkbox"/> Bus, métro		
Durant l'été, vous exposez-vous au soleil entre 11h et 15h ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Pratiquez-vous une activité physique ?	<input type="checkbox"/> En intérieur	<input type="checkbox"/> En extérieur	Précisez :
Que se passe-t-il sur votre visage lorsque vous faites du sport ?	<input type="checkbox"/> Rougeurs	<input type="checkbox"/> Chaleur	<input type="checkbox"/> Sueur
En dehors de cette activité, avez-vous une sudation importante ?	<input type="checkbox"/> Non :	<input type="checkbox"/> Oui, précisez :	

ETAT DE SANTE

Êtes-vous enceinte, ou allaitez-vous ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Antécédents médicaux :	Précisez,	
<input type="checkbox"/> Thyroïde	<input type="checkbox"/> Cholestérol	<input type="checkbox"/> Diabète
<input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire	<input type="checkbox"/> Antibiotique	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :
<input type="checkbox"/> Contraception (pilule, stérilet hormonal, anneau, implant)	Nombre d'années :	<input type="checkbox"/> Cortisone
<input type="checkbox"/> Traitement hormonal (pré-ménopause ou ménopause)	Nombre d'années :	
Traitement médical en cours :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, précisez :
	Depuis combien de temps :	
Avez-vous observé des changements sur votre peau depuis la prise du traitement ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, précisez :
Prenez-vous des compléments alimentaires ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, précisez :

HABITUDES ALIMENTAIRES

Avez-vous fait un régime draconien (protéines, médicaments, nutritionniste) ou avez-vous perdu plus de 10kg brutalement ? :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, précisez :	Quand ?
Quelles sont vos boissons au cours de la journée ? :	<input type="checkbox"/> Eau :	<input type="checkbox"/> Jus de fruits	<input type="checkbox"/> Lait
	<input type="checkbox"/> Alcool	<input type="checkbox"/> Sodas	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :
Quel type de nourriture consommez-vous ? :	<input type="checkbox"/> Protéines animales : viande, poisson, œuf	<input type="checkbox"/> Protéines végétales : céréales, légumes secs	
	<input type="checkbox"/> Féculents : pomme de terre, riz, pâtes	<input type="checkbox"/> Fruits	<input type="checkbox"/> Légumes
	<input type="checkbox"/> Lipides : fromage, beurre...	<input type="checkbox"/> Sucres : gâteaux, bonbons...	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :

REACTIONS CUTANÉES

A quoi êtes-vous allergique ?

HABITUDES CUTANÉES

Décrivez votre routine beauté			
Matin :			
Sans citer de marques	<input type="checkbox"/> Nettoyant	<input type="checkbox"/> Tonic	<input type="checkbox"/> Sérum
	<input type="checkbox"/> Crème	<input type="checkbox"/> Autre :	
Décrivez votre routine beauté			
Soir :			
Sans citer de marques	<input type="checkbox"/> Nettoyant	<input type="checkbox"/> Tonic	<input type="checkbox"/> Sérum
	<input type="checkbox"/> Crème	<input type="checkbox"/> Autre :	
Gommage :	<input type="checkbox"/> Oui, combien de fois par semaine :	<input type="checkbox"/> Non	Maquillage : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Masque :	<input type="checkbox"/> Oui, combien de fois par semaine :	<input type="checkbox"/> Non	
Vos souhaits d'amélioration cutanée : Précisez :			
<input type="checkbox"/> Sensibilité	<input type="checkbox"/> Boutons	<input type="checkbox"/> Rougeurs	<input type="checkbox"/> Taches
<input type="checkbox"/> Relâchement	<input type="checkbox"/> Rides	<input type="checkbox"/> Ridules	<input type="checkbox"/> Déshydratation
	<input type="checkbox"/> Teint	<input type="checkbox"/> Eclat	
	<input type="checkbox"/> Solaire	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :	

INFORMATIONS OU PRECISIONS QUE VOUS JUGEREZ UTILES :

« Félicitations, vous êtes arrivé(e) à bout du questionnaire ! Et nous vous en remercions. Nous vous proposons de nous l'envoyer par mail (c-maclinic@orange.fr) accompagné d'une ou plusieurs photos de votre visage.

Maintenant c'est à nous, à l'aide de nos connaissances, de notre expertise, de notre expérience et de notre ressenti de vous conseiller au mieux quant à votre protocole à domicile.

Nous nous engageons à vous répondre sous 48 heures »

PARTIE RESERVEE A C MA CLINIC BY CELINE C. EXPERTE DE LA PEAU & KERATOTHERAPEUTE ®

OBSERVATION DE LA PEAU

Les pores	<input type="checkbox"/> Dilatés	<input type="checkbox"/> Plus	<input type="checkbox"/> Moins		
	<input type="checkbox"/> Resserrés	<input type="checkbox"/> Plus	<input type="checkbox"/> Moins		
Zones concernées	<input type="checkbox"/> Front	<input type="checkbox"/> Menton	<input type="checkbox"/> Partie médiane	<input type="checkbox"/> Joues	<input type="checkbox"/> Ensemble visage
La pigmentation	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, précisez			
La circulation	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, précisez			
Terrain de peau	<input type="checkbox"/> Alipidique	<input type="checkbox"/> Lipidique			
<input type="checkbox"/> Déshydratée	<input type="checkbox"/> Dévitalisé	<input type="checkbox"/> Délipidifié			
Les Rides	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, précisez			
Autres observations :					

COSMECEUTICS :

<input type="checkbox"/> Nettoyant :	<input type="checkbox"/> Tonic :
<input type="checkbox"/> Sérum :	<input type="checkbox"/> Crème :
<input type="checkbox"/> Gommage :	<input type="checkbox"/> Masque :
<input type="checkbox"/> Autre :	

PRECONISATIONS

CONSEILS :
