



NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

« Pour analyser l'écosystème de votre peau et répondre au mieux à vos attentes, nous avons besoin d'informations complémentaires... »

HYGIENE DE VIE

Milieu ambiant dominant : <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Ordinateur <input type="checkbox"/> Autres :	
Cigarettes / Conso :	Alcool / Conso :
Hygiène alimentaire :	
Compléments alimentaires : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Qualité du sommeil : <input type="checkbox"/> Somnifères :	
Transport : <input type="checkbox"/> Voiture <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> Vélo <input type="checkbox"/> Marche	Voyages en avion / Destination :
Nombre par an :	
Exposition au soleil / Type et indice de protection :	jour par an :

ETAT DE SANTE

Allergies / Herpès solaire :	
Sport / semaine : <input type="checkbox"/> Transpiration : <input type="checkbox"/> Non	
Eczéma : <input type="checkbox"/> Oui, quelle partie du corps : <input type="checkbox"/> Non	
Antécédents allergiques / Sensibilité :	
Traitement médical en cours :	
Troubles hormonaux : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Hormones de substitution : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Contraception ? <input type="checkbox"/> Nombre d'années : <input type="checkbox"/>	

HABITUDES CUTANÉES

Imperfections cutanées corporelles :	
Rituel Cosmétique Matin	Rituel Cosmétique Soir
Gommage : <input type="checkbox"/> Oui, combien de fois par mois : <input type="checkbox"/> Non	Maquillage : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date du dernier soin :	Fréquence annuelle :
Peeling / Dermabrasion / Injections :	
Vos souhaits d'amélioration cutanée :	

