

FORMULAIRE D'ADMISSION DES PATIENTS EPILATION

Informations personnelles			
Nom		Tél. fixe	
Adresse		Tél. travail/portable	
Ville		Département/Région	
Code postal		Date de naissance	
Mail		Sexe	Homme/Femme

Évaluation du type de peau			
Type de peau Fitzpatrick	I II III IV V VI	Ethnicité	
Date de la dernière exposition aux UV (soleil ou cabine de bronzage)			
Bronzage naturel ?	Oui/Non	Crème auto-bronzante ?	Oui/Non

Antécédents médicaux			
Pacemaker/défibrillateur		Injections/comblement	
Implants métalliques		Tatouage/maquillage permanent	
Cancer de la peau ou antécédent/autres cancer/grains de beauté pré-malins		Resurfaçage du visage au laser/peeling chimique profond au cours des trois derniers mois	
Troubles médicaux (ex : problèmes cardiaques)		Prise de médicaments/ plantes photo sensibilisants	
Grossesse et allaitement		Inflammation de la peau sur la zone de traitement (ex : psoriasis, eczéma)	
Système immunitaire déficient		Peau bronzée	
Maladies stimulées par la lumière (Ex : Lupus, Porphyrine, Épilepsie)		Épilation électrique, à la cire ou la pince à épiler au cours des six dernières semaines	
Maladies stimulées par la chaleur (Ex : Herpès Simplex)		Troubles cutanés (ex : chéloïdes, troubles de la cicatrisation)	
Troubles endocriniens (ex : diabète, SOPK)		Opération chirurgicale au cours des trois derniers mois	
Liste de tous les médicaments pris			
Liste de toutes les allergies			
Détail de tout état médical			
Autre remarque			