

QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR MAQUILLAGE PERMANENT

(A faire remplir par le futur bénéficiaire)

Nom de la cliente:

Prénom:

Nom du praticien:

1. Indications du maquillage permanent

- **1a** Avez-vous déjà eu un maquillage permanent / un tatouage? oui non
- **1b** Avez-vous bénéficié d'injections esthétiques ? oui non
Si oui, quand: A quel endroit du visage:
Avec quels produits:
- **1c** Vous appliquez-vous des crèmes de rajeunissement du visage ? oui non
Si oui, lesquelles :
- **1d** Envisagez-vous d'en prendre prochainement ? oui non
Si oui, quand et quels produits :
- **1e** Envisagez-vous prochainement un traitement du visage par laser ? oui non
Si oui, quand : Pourquoi :

2. Risques locaux

- **2a** Présentez-vous des problèmes au niveau de la peau ? oui non
Si oui, entourez : *acné, psoriasis, vitiligo, eczéma, autre (précisez):*
- **2b** Avez-vous eu un traitement par la vitamine A acide (*RoAccutane, rétinol ...*) ?
Si oui, quel produit: Quand avez-vous arrêté ?
- **2c** Avez-vous souffert de zona/herpès ophtalmique ? oui non
- **2d** Avez-vous eu de l'herpès au niveau des lèvres (bouton de fièvre) ? oui non
Si oui (entourez) : *fréquemment, rarement, il y a très longtemps*
Date du dernier épisode:

3. Risque de saignement

- **3a** Saignez-vous longtemps quand vous vous coupez ? oui non
- Vous faites-vous des bleus facilement ? oui non
- Prenez-vous fréquemment de l'aspirine ? oui non
- Etes-vous sous traitement anti-inflammatoire ? oui non
- **3b** Etes-vous sous traitement anticoagulant ? oui non

4. Grossesse

- Etes-vous enceinte ? oui non
Si oui, âge de votre grossesse:

5. Allergies

- **5a** Etes vous allergique ? oui non
Si oui, à quel produit (entourez): *Médicament, aliment, colorant, métal, acariens, pollen, graminées, autre (précisez) :*
- **5b** Avez-vous eu une anesthésie locale de la peau ou dentaire ? oui non
Si oui, avez-vous présenté une réaction ? oui non
Laquelle:

6. Maladie auto-immune

- Êtes-vous atteint(e) d'une maladie auto-immune ? oui non

Si oui, laquelle (entourez la réponse) :

Dermatomyosite - Polyarthrite rhumatoïde - Lupus érythémateux - Colite ulcéreuse - Sclérodermie – Maladie de Crohn - Polymyosite - Thyroïdite d'Hashimoto - Périarthrite noueuse –Syndrome de Gougerot Sjögren - Maladie de Basedow - Syndrome de Fiessenger-Leroy-Reiter, autre (précisez):

7. Pathologie infectieuse

- **7a** Avez-vous eu une hépatite virale? oui non

Si oui, quand et laquelle :

- **7b** Avez-vous été soigné(e) pour tuberculose ? oui non

- **7c** Etes vous soigné(e) pour le SIDA ? oui non

- **7d** Avez-vous été transfusé(e) oui non

Si oui, <1986 1987>

- **7e** Avez-vous reçu des hormones de croissance extractives ? oui non Si oui, avant 1988?

Avez-vous bénéficié d'une greffe de cornée ? oui non Quand ?

Avez-vous eu une intervention de neurochirurgie ? Quand? oui non Laquelle?

8. Pathologie générale

- **8a** Etes-vous sous chimiothérapie ? oui non

- **8b** Etes-vous suivi(e) pour (entourez) : cirrhose, diabète, hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, maladie du rein, autre, précisez :

- **8c** Etes-vous porteur d' une valve cardiaque ? oui non

- **8d** Avez-vous reçu une greffe d'organe ? oui non

Si oui, précisez :

9. Interventions chirurgicales

- Avez-vous été opéré(e) ? oui non

Si oui, précisez de quoi et quand :

10. Traitement

- Prenez-vous actuellement un traitement ? oui non

Si oui, listez les médicaments que vous prenez et pour quelle raison:

11. IRM

- Devez-vous bénéficier prochainement d'une IRM ? oui non

Si oui, quand?:

12. Autre

- Avez-vous un problème de santé qui n'a pas été signalé? oui non

Si oui, précisez :

Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations portées sur ce questionnaire. Je certifie ne pas avoir caché ni dissimulé des éléments de santé en vue de bénéficier du maquillage permanent.

A

Le

Signature