QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

et de contre-indications

À compléter, signer et me renvoyer **avant votre rendez-vous**. Vos réponses permettent de vérifier que la prestation peut être réalisée en toute sécurité. Ce questionnaire ne remplace pas un avis médical : en cas de doute, un avis de votre médecin pourra vous être demandé et la séance reportée. Prestation réservée aux personnes majeures.

VOS COORDONNÉES

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ Téléphone _____

E-mail _____ Date du rendez-vous _____

Prestation envisagée ☐ Sourcils ☐ Yeux ☐ Lèvres Technique _____

VOTRE SANTÉ

	OUI	NON	PRÉCISIONS
Êtes-vous enceinte ou allaitez-vous ?	☐	☐	
Avez-vous une allergie connue (métaux, pigments, latex, cosmétiques, parfums, huiles essentielles, anesthésiants…) ?	☐	☐	Lesquelles :
Suivez-vous actuellement un traitement médical ?	☐	☐	Lequel :
Prenez-vous un anticoagulant ou un fluidifiant sanguin (y compris de l'aspirine au long cours) ?	☐	☐	
Suivez-vous, ou avez-vous suivi ces 12 derniers mois, un traitement contre l'acné (isotrétinoïne) ?	☐	☐	Date de fin :
Utilisez-vous des soins à base de rétinol ou d'acides sur la zone à pigmenter ?	☐	☐	
Êtes-vous diabétique ?	☐	☐	
Avez-vous une maladie ou un traitement affectant l'immunité ou la cicatrisation (auto-immune, chimiothérapie, corticoïdes…) ?	☐	☐	
Avez-vous tendance aux cicatrices épaisses (chéloïdes) ou à une cicatrisation difficile ?	☐	☐	
Avez-vous un trouble de la coagulation, une maladie cardiaque ou de l'hypertension ?	☐	☐	
Êtes-vous sujette à l'épilepsie ou aux malaises ?	☐	☐	
Sur ou près de la zone : eczéma, psoriasis, rosacée, bouton, irritation, plaie ou grain de beauté ?	☐	☐	
Injection (acide hyaluronique, botox), laser, peeling ou intervention sur la zone ces 4 dernières semaines ?	☐	☐	Date :
Avez-vous déjà eu une dermopigmentation ou un détatouage laser sur la zone ?	☐	☐	Quand :
Lèvres — Avez-vous déjà eu des boutons de fièvre (herpès labial) ?	☐	☐	
Yeux — Lentilles, extensions de cils, affection ou chirurgie récente des yeux ou des paupières ?	☐	☐	
Autre information de santé utile (opération ou IRM prévue, voyage au soleil…) ?	☐	☐	

VOTRE ENGAGEMENT

Je certifie que ces informations sont exactes et complètes, et je m'engage à prévenir Chloé Rebour de tout changement avant la séance (grossesse, nouveau traitement, infection, bouton de fièvre, irritation sur la zone…).

Vos données personnelles. Ces informations de santé servent uniquement à vérifier l'absence de contre-indication et à suivre votre prestation. Elles sont traitées par Chloé Rebour avec votre consentement, conservées de façon confidentielle et sécurisée pendant la durée légale, puis détruites. Elles ne sont jamais transmises à des tiers. Vous pouvez y accéder, les faire corriger ou supprimer en me contactant, ou saisir la CNIL.

☐ J'accepte que mes données de santé soient utilisées dans ce cadre.

Fait à ..... le ...../...../.....

Signature de la cliente

Chloé Rebour

Signature