HARMONIE DU VISAGE
CABINET ORL ESTHÉTIQUE ROCHEFORT

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

(Soumis au secret médical. A remettre au médecin)

Nom : ..... **Prénom :** ..... **Age :** ..... **Date de naissance :** .....

Avez-vous des antécédents médicaux ?	☐ non ☐ oui : précisez : .....
Avez-vous subi des interventions chirurgicales ?	☐ non ☐ oui : précisez : .....
Suivez-vous un traitement médical actuellement ?	☐ non ☐ oui : précisez : .....
Avez-vous été traité par Interféron ?	☐ non ☐ oui
Avez-vous réalisé des actes esthétiques ?	☐ non ☐ oui : précisez : .....
Avez-vous déjà eu des injections dans les rides ?	☐ non ☐ oui : précisez : .....
Connaissez-vous le produit utilisé ?	.....
Nom du produit :	☐Artecoll, ☐Aquamid, ☐Collagène, ☐Dermalive, ☐Dermadeep, ☐Hylaform, ☐Perlane, ☐Restylane, ☐Silicone, ☐Juvéderm, autre .....
Dates d'injections :	.....
Avez-vous eu des réactions d'intolérance à la suite de ces injections ?	☐ non ☐ oui : précisez : .....
Avez-vous eu des problèmes de cicatrisation ?	☐ non ☐ oui : précisez : .....
Souffrez-vous d'allergies ? (Asthme, allergies aux médicaments, aliments, cosmétiques, latex ...)	☐ non ☐ oui : précisez : .....
Souffrez-vous d'une maladie affectant la glande thyroïde ?	☐ non ☐ oui : précisez : .....
Souffrez-vous d'une maladie auto-immune ou affectant le système immunitaire ?	☐ non ☐ oui : précisez : .....
Souffrez-vous fréquemment d'angines, de rhumatismes ?	☐ non ☐ oui : précisez : .....
Avez-vous des problèmes de réactions cutanées, de type herpétique, infectieux (acné) ... ?	☐ non ☐ oui : précisez : .....
Avez-vous actuellement des soins dentaires ?	☐ non ☐ oui : précisez : .....

Fait à ....., le .....

Signature du patient :