

Nom : Age :
Adresse : C.P. : Ville:
Sexe : Poids :
Tél Domicile : Tél. Bureau :

Phototype (fonction de la réaction de votre peau au soleil)

- Phototype I Ne bronze jamais, ai toujours des coups de soleil
Phototype II Bronze occasionnellement, ai toujours des coups de soleil
Phototype III Bronze toujours, ai occasionnellement des coups de soleil
Phototype IV Bronze toujours, n'ai jamais de coups de soleil
Phototype V Peau moyennement pigmentée (type asiatique, hispanique)
Phototype VI Peau fortement pigmentée (type africain)
-

Antécédent médical

- Quelle est la zone que vous souhaitez épiler ? (préciser).....
Avez-vous déjà pratiqué d'autres méthodes d'épilation ? Oui / Non
Si oui, lesquelles ?.....
Quand ? Par qui et où ?.....
Etes-vous enceinte ? Etes vous diabétique ? Etes-vous fumeur ?
Avez-vous des antécédents de cicatrices chéloïdes ? Appliquez-vous des huiles essentielles ?.....
Développez-vous des allergies cutanées ? Si oui, précisez :
Avez-vous des antécédents d'herpès ? Avez-vous pris de l'aspirine ?
Etes-vous sous médication ? Oui / Non
Si oui, précisez : Anti-acnéiques
 Hormones / Contraceptifs
 Pro-vitamine A
 Tranquillisants
 Cyclines
 Autres (préciser).....

Exposition et photosensibilité

Quand avez-vous été au soleil la dernière fois ?.....

Avez-vous l'intention d'aller au soleil prochainement ?.....

Si oui, quand ?.....

Appliquez-vous des lotions auto-bronzantes ?

Si oui, à quand remonte la dernière application ?.....

Prenez-vous des activateurs de bronzage ? (type Oenobiol).....

Si oui, à quand remonte la dernière prise ?.....

Vous arrive-t-il d'aller en cabine UV ?

Si oui, quand y êtes vous allé la dernière fois ?.....

Avez-vous d'autres informations importantes à relever ? (préciser).....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date	Séance n°	Mode			Fluence (J/cm ²)	Compteur	Commentaires
		Auto	30ms	100ms	400ms		
	1						
	2						
	3						
	4						
	5						