

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	N° Prog.	Séance n°	560/640nm		Fluence (J /cm2)	Double/Triple		PW1	D1	PW2	D2	PW3	NB. tirs	Commentaires
			560	640		D	T							
		1												
		2												
		3												
		4												
		5												