

PRÉNOM _____ NOM _____

ADRESSE _____

VILLE _____ CODE POSTAL _____

TÉLÉPHONE _____ CELLULAIRE _____

COURRIEL _____ DATE DE NAISSANCE _____

LANGUE FR EN

SEXE : F H N-D

De quelle façon avez-vous découvert Davincia, qui vous a référé ? (FB-IG-Site Web-Magazine, École-Congrès, Esthéticienne, Ami, etc)

Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de :

- | | | |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hypersensibilité cutanée | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Problème cardiaque/ pacemaker |
| <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Hépatite | <input type="checkbox"/> Insuffisance veineuse / varices/ Phlébite |
| <input type="checkbox"/> Eruption cutanée | <input type="checkbox"/> Terrain allergique | <input type="checkbox"/> Arthrite / Arthrose/ Calcification des os/ autres inflammations osseuses... |
| <input type="checkbox"/> Herpès | <input type="checkbox"/> Maladies infectieuses | <input type="checkbox"/> Tendinite/ Bursite/ Fasciite plantaire |
| <input type="checkbox"/> Troubles rénaux | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Pied d'athlète |
| <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Eczéma | <input type="checkbox"/> Autres _____ |
| <input type="checkbox"/> Vitiligo | <input type="checkbox"/> Problèmes endocriniens | |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Hémophilie | |
| <input type="checkbox"/> Trouble thyroïdien | <input type="checkbox"/> Haute / Basse pression | |

Prenez-vous ou avez-vous déjà pris (6 derniers mois) un des médicaments suivants ?

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cortisone | <input type="checkbox"/> Accutane | <input type="checkbox"/> Antibiotiques |
| <input type="checkbox"/> Hormone | <input type="checkbox"/> Synthroid | <input type="checkbox"/> Autres _____ |

Pour femmes seulement :

- | | | |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enceinte actuellement | <input type="checkbox"/> Contraception hormonale | <input type="checkbox"/> Actuellement en ménopause |
| <input type="checkbox"/> Menstruations irrégulières | <input type="checkbox"/> Stérilet/ DIU | <input type="checkbox"/> Problèmes hormonaux |

Avez-vous déjà eu recours à :

- | | | | Si oui, combien? |
|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------|
| Lampes UV (bronzage) | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI | _____ |
| Laser/ 1PL | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI | _____ |
| Botox / Injections | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI | _____ |
| Tatouage/
Maquillage permanent | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI | _____ |
| Radiofréquence | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI | _____ |
| Peeling chimique | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI | _____ |
| Microneedling | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI | _____ |
| Microdermabrasion | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI | _____ |

- | | | | |
|-----------------------|------------------------------|------------------------------|-------|
| Crèmes AHA | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI | _____ |
| PRP | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI | _____ |
| Soin du cuir chevelu | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI | _____ |
| Traitement capillaire | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI | _____ |
| Greffe capillaire | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI | _____ |

Quelle(s) marque(s) de produits de beauté (visage, corps ou cheveux) utilisez-vous actuellement ?

À quelle fréquence utilisez-vous vos produits de beauté ? :

- Tous les jours
 1 à 5 fois par semaine
 1 à 5 fois par mois

Quel(s) problème(s) désirez-vous adresser ?

VISAGE

- | | | |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Peau sèche | <input type="checkbox"/> Pores de peau dilatées | <input type="checkbox"/> Bouffissures sous les yeux |
| <input type="checkbox"/> Peau grasse et excès de sébum | <input type="checkbox"/> Taches brunes | <input type="checkbox"/> Cicatrices |
| <input type="checkbox"/> Points noirs | <input type="checkbox"/> Rougeurs | <input type="checkbox"/> Eczéma |
| <input type="checkbox"/> Éruptions cutanées | <input type="checkbox"/> Rides | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Teint terne | <input type="checkbox"/> Relâchement | |
| | <input type="checkbox"/> Cernes sous les yeux | |

CORPS

- | | | |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cellulite | <input type="checkbox"/> Oedeme | <input type="checkbox"/> Syndrome des jambes sans repos |
| <input type="checkbox"/> Amas Graisseux | <input type="checkbox"/> Jambes lourdes | |
| <input type="checkbox"/> Capitons | | |

CHEVEUX

- | | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cuir chevelu sec | <input type="checkbox"/> Perte de cheveux | <input type="checkbox"/> Dermatite |
| <input type="checkbox"/> Cuir chevelu gras | <input type="checkbox"/> Pellicules | <input type="checkbox"/> Eczéma |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Démangeaisons | |

Quel pourcentage de résultats souhaitez-vous obtenir avec les produits Davincia® ?:

Y a-t-il d'autres informations que vous croyez pertinentes à indiquer à votre professionnel(le)?

Je, soussigné(e), déclare que les informations données ici présentes sont véridiques. Je m'engage à prévenir le ou la professionnel(le) de tous changements futurs sur mes habitudes, conditions de santé et/ou prise de médication. Je comprends que des photos seront utilisées pour évaluer mon progrès.

SIGNATURE

DATE