

DAVINCIA®

HISTORIQUE DE SANTÉ

PRÉNOM _____ NOM _____

ADRESSE _____

VILLE _____ CODE POSTAL _____

TÉLÉPHONE _____ PROFESSION _____

COURRIEL _____ DATE DE NAISSANCE _____

SEXE ☐ F ☐ H ☐ ND

De quelle façon avez-vous découvert Davincia, qui vous a référé?

(Réseaux sociaux, Site web, Magazine, École, Congrès, Esthéticienne, Ami)

Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert chroniquement de :

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Hypersensibilité cutanée / Dermatite | ☐ Problèmes endocriniens | ☐ Phlébite |
| ☐ Psoriasis | ☐ Diabète | ☐ Maladies infectieuses |
| ☐ Éruption cutanée | ☐ Hépatite | ☐ Cancer |
| ☐ Herpès | ☐ Hémophilie | ☐ VIH |
| ☐ Eczéma | ☐ Haute/Basse pression | ☐ Syndrome Raynaud |
| ☐ Terrain allergique | ☐ Troubles rénaux | ☐ Allergies : _____ |
| ☐ Vitiligo | ☐ Problème cardiaque | ☐ Autres : _____ |
| ☐ Trouble thyroïdien | ☐ Insuffisance veineuse/Varices | |

À quand remonte votre dernier bilan sanguin ? (Si possible, joindre une copie) _____

Avez-vous reçu un diagnostic par un professionnel de la santé : _____

Prenez-vous des médicaments ou des produits naturels si oui lesquels et pourquoi ?

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

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Anticoagulants | ☐ Hormones (homonothérapie diverses) | ☐ Antibiotiques (doxycycline) |
| ☐ Cortisone (spray nasal, crème sur eczéma) | ☐ Accutane | ☐ Autres : _____ |
| ☐ Synthroid | | |

Avez-vous subi une chirurgie ou une anesthésie au cours des six derniers mois? (Si oui, veuillez indiquer la date)

Avez-vous des carences nutritionnelles diagnostiquées ? (Anémie, B12, Protéines, etc.)

Y a-t-il des endroits que vous n'aimez pas vous faire toucher ou une sensibilité tactile ? (tactophobie)

Avez-vous déjà eu recours à :

	OUI	NON	Si oui, quand (date) / combien de fois / résultats (satisfaction) ?
Lampes UV (bronzage)	☐	☐	
Laser/IPL	☐	☐	
Botox/Injections	☐	☐	
Tatouage/Maquillage permanent	☐	☐	
Radiofréquence	☐	☐	
Peeling chimique	☐	☐	
Microneedling	☐	☐	
Microdermabrasion	☐	☐	
Crèmes AHA	☐	☐	
PRP	☐	☐	
Soin du visage	☐	☐	
Soin du cuir chevelu	☐	☐	
Grefe capillaire	☐	☐	

Pour les femmes seulement :

- ☐ Enceinte actuellement
- ☐ Contraception hormonale (pillule)
- ☐ Menstruations irrégulières
- ☐ Stérilet/DIU
- ☐ Actuellement en ménopause
- ☐ Pré-péri ménopause
- ☐ Endométriose
- ☐ Problèmes hormonaux

Quel(s) problèmes désirez-vous adresser?

VISAGE

- ☐ Peau sèche☐ Peau grasse et excès de sébum☐ Points noirs☐ Éruptions cutanées (acné)☐ Teint terne
- ☐ Pores de peau dilatés☐ Taches brunes, Mélasma☐ Rosacée, Rougeurs (sensibilité)☐ Rides☐ Relâchement
- ☐ Cernes sous les yeux☐ Bouffissures sous les yeux☐ Cicatrices☐ Eczéma☐ Psoriasis☐ Dermatite

CORPS

- ☐ Cellulite☐ Amas Gras
- ☐ Varicosités☐ Jambes lourdes/Oedème
- ☐ Syndrome des jambes sans repos☐ Peau sèche

CUIR CHEVELU ET CHEVEUX

- ☐ Cuir chevelu sec☐ Cuir chevelu gras☐ Psoriasis☐ Alopecie☐ Kératose séborrhéique
- ☐ Pellicules☐ Démangeaisons☐ Eczéma☐ Teigne☐ Calvitie
- ☐ Dermatite☐ Perte de cheveux (pelade)☐ Perte de cheveux (alopécie androgénique)

PIEDS ET ONGLES

- ☐ Sécheresse excessive: fissures/ talons crevassés☐ Callosités☐ Mauvaises odeurs
- ☐ Démangeaisons☐ Mycoses des pieds☐ Mycoses des ongles
- ☐ Ongles jaunis ou ternes☐ Transpiration excessive

SYSTÈME MUSCULO-ARTICULAIRE

- ☐ Arthrite/Arthrose/Calcification des os☐ Ostéoporose
- ☐ Blessures sportives (trauma)☐ Tendinite/Bursite/Fasciite plantaire
- ☐ Tensions/Raideurs musculaires☐ Opérations/Injections

☐ Autre(s) : _____

À quelle fréquence utilisez-vous vos produits de beauté ?

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

À quelle fréquence est votre lavage de cheveux ?

- ☐ Tous les jours
- ☐ Aux 48 heures
- ☐ Aux 72 heures et plus

Quelles sont vos habitudes de vie ?

QUALITÉ DU SOMMEIL

- ☐ Bonne
- ☐ Réveil fréquent
- ☐ Mauvaise
- ☐ Insomnie
- ☐ Hypersomnie

HABITUDES DE SOMMEIL

- ☐ 0 - 2 heures
- ☐ 3 - 6 heures
- ☐ 7 - 9 heures
- ☐ Plus de 10 heures

HABITUDES ALIMENTAIRES

- ☐ Faible appétit
- ☐ Appétit vorace
- ☐ Satiété normale
- ☐ Hyperphagie
- ☐ Trouble(s) alimentaire(s):

STRESS (CHOC ÉMOTIF)

- ☐ Oui, date :
- ☐ Non

ACTIVITÉ(S) SOCIALE(S)

- ☐ Occasionnelle à régulière
- ☐ Tous les jours
- ☐ Isolement social

HEURES DE TRAVAIL PAR SEMAINE

- ☐ Moins de 20 heures
- ☐ Entre 30 et 40 heures
- ☐ 40 heures et plus
- ☐ Retraité
- ☐ Arrêt de travail
- ☐ Sans emploi

ACTIVITÉ PHYSIQUE

- ☐ Tous les jours
- ☐ 1 à 3 fois par semaine
- ☐ 4 à 6 fois par semaine
- ☐ Occasionnellement
- ☐ Tabagisme
- ☐ Autres dépendances:

Suivez-vous ou avez-vous suivi une diète dans la dernière année? (végétalien, kéto, sans FODMAP, etc.) si oui laquelle ?

Quelle(s) marque(s) de produits de beauté, maquillage (visage, corps et/ou cheveux) utilisez-vous et quelle est votre routine ?

Portez-vous une prothèse, des adhésifs ou des extensions capillaires ?

Quel pourcentage de résultats et que souhaitez-vous obtenir avec les produits/soins Davincia® ?

À combien sur 10 (10 étant le mieux), êtes vous motivé à participer pour obtenir et garder les résultats désirés ?

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

*Nos astuces, protocoles et conseils visent exclusivement le bien-être et l'esthétique. Ils ne remplacent en aucun cas l'avis, le diagnostic ou le traitement d'un professionnel de la santé reconnu. Nous encourageons chaque client à consulter un médecin ou un professionnel de la santé qualifié et à suivre en tout temps leurs recommandations.