

QUESTIONNAIRE MÉDICAL SOINS ESTHETIQUES

Afin de vous apporter la meilleure prise en charge, chaque rendez-vous fait l'objet d'un questionnaire médical précis, consigné dans votre dossier.

Les réponses que vous fournirez seront l'objet d'une attention particulière permettant une évaluation précise de votre état de santé par le Dr RICHARD Catherine, et si nécessaire une adaptation de son traitement et/ou soins.

Merci de prendre le temps de répondre à ce questionnaire concernant vos antécédents médicaux, chirurgicaux, traitements médicamenteux anciens ou récents, allergies ; puis de dater et signer en fin de page.

Nom : Prénom :

Date de naissance N° de Sécurité Sociale

Adresse :

N° de mobile: Adresse mail :

Profession :

POIDS : TAILLE : AGE :

Général :

Avez-vous ressenti des douleurs ces dernières semaines (y compris dentaires, articulaires, oppression...) ?

OUI NON

Si oui, précisez :

Avez-vous eu un épisode de toux OUI NON

Avez-vous eu un épisode de perte de goût ou d'odorat OUI NON

Avez-vous eu un épisode de fièvre OUI NON

Si OUI, précisez quand :

Antécédents :

Infarctus	Accident vasculaire cérébral	Hypertension	Cancer			
Cardiaque	Vasculaire	Pulmonaire	Rénal	Diabète	Hépatique	
Sanguin	Thyroïde	Digestif	Dépression	VIH, sida	Herpès, zona	<input type="checkbox"/> Maladie
Auto-immune						

Autre :

Avez-vous eu un problème de santé < 2 ans ? OUI NON

Si oui, précisez :

Prenez-vous des médicaments ? OUI NON

Si oui, précisez :

Fumez-vous ? OUI NON

Femmes seulement : êtes-vous enceinte ou en cours d'allaitement ? OUI NON

Avez-vous des problèmes ou antécédents ? OUI NON

Si oui, précisez :

Avez-vous déjà fait une allergie ?

Antibiotique Iode Latex Résine Métal Anesthésie

Autre :

Etes vous vacciné ou en cours de vaccination COVID19 ? OUI NON

Si oui, précisez les dates des vaccinations et le nom du vaccin reçu :

« Je certifie avoir reçu l'information spécifique sur les problèmes actuels, et dispositions qui en découlent, posés par le COVID19. »

« Je certifie que les informations fournies au Dr RICHARD Catherine sont complètes et m'engage à lui signaler toute modification de mon état de santé par la suite. »

Date et signature du patient :