

Profil santé - Soins



Nom : _____

Adresse : _____

Date de naissance : _____

Numéro de téléphone : _____ // _____ (domicile - portable)

Avez-vous subi une chimiothérapie ou une radiothérapie au cours des 12 derniers mois?

- Oui
- Non

Allergies : Avez-vous déjà eu une réaction allergique à l'une des substances ci-dessous?

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Lanoline | <input type="radio"/> Médicaments |
| <input type="radio"/> Latex | <input type="radio"/> Aliments |
| <input type="radio"/> Vaseline | <input type="radio"/> Lidocaïne |
| <input type="radio"/> Pansements | |
| <input type="radio"/> Azulène | |

Autres allergies : _____

Êtes-vous enceinte ou allaitez-vous? Oui / Non

Souffrez-vous de divers troubles suivants? Cochez les cases concernées :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Problèmes cardiaques | <input type="radio"/> Problèmes circulatoires | <input type="radio"/> Psoriasis, eczéma ou autres maladies de peau |
| <input type="radio"/> Saignement prolongé | <input type="radio"/> Épilepsie : | <input type="radio"/> Hématomes/saignements fréquents |
| <input type="radio"/> Hémophilie | <input type="radio"/> Cancer | <input type="radio"/> Varices |
| <input type="radio"/> Hypertension | <input type="radio"/> VIH | <input type="radio"/> Prothèse mammaire |
| <input type="radio"/> Diabète | <input type="radio"/> Hépatite | |
| <input type="radio"/> Kyste, fibrome, tumeur | | |

Je déclare avoir lu et compris les informations ci-dessus

Nom du client Signature..... Date.....

Nom du technicien : Signature..... Date.....