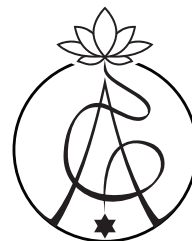


# Fiche Client



Alexandra Guignard  
Coiffeuse

Nom :

adresse :

numéro de tél.:

courriel :

âge :

Où avez-vous entendu parler de moi ?

## Raison de la consultation

Traitement chimique (coloration ou mèches)

Stabiliser et contrôler ma perte de cheveux

Contrôler l'affinement de mes cheveux

Favoriser la repousse

Prendre soin de mon cuir chevelu et de mes cheveux

Pellicules

Démangeaisons

Autres

Depuis combien de temps ?

Avez-vous déjà consulté un autre spécialiste à ce sujet ?

Coiffeur(se)

Médecin

Dermatologue

Trichologiste

Quelles sont vos attentes ?

## Votre santé

Au cours des 6 à 9 derniers mois :

Y a-t-il eu des changements à votre santé en général ?

oui

non

Avez-vous reçu un diagnostic thyroïdien ?

oui

non

ou un changement à ce niveau ?

oui

non

Y a-t-il eu des changements à votre alimentation ?  
(variée, saine, régime - keto, végétarien, etc.)

oui

non

Avez-vous des allergies connues ?

oui

non

Si oui, lesquelles ?

Avez-vous consulté un médecin ?	oui	non	
Si oui, pour quelle raison ?			
Avez-vous fait de la fièvre ?	oui	non	
Avez-vous subi un stress particulier ou plus important ?	oui	non	
Avez-vous fait un bilan sanguin ?	oui	non	
Si oui, résultat ?			
Avez-vous subi un choc émotionnel ?	oui	non	
Fumez-vous ou avez-vous arrêté de fumer ?	oui	non	
Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? (mineure ou importante)	oui	non	
Avez-vous des antécédents familiaux tels que :			
Diabète	Hypertension artérielle	Asthme	Cholestérol
Cancer	Autre(s)		
Avez-vous pris des antibiotiques ?	oui	non	
Prenez vous de la médication?	oui	non	
Avez-vous changé de médication ? (nouveau, arrêt, changement de dose)	oui	non	
Avez-vous subi des changements hormonaux ? (grossesse, fausse couche, interruption de grossesse, ménopause, etc)	oui	non	

### **Section réservée aux femmes**

Au cours des 6 à 9 derniers mois

Avez-vous changé votre moyen de contraception ?	oui	non
Y a-t-il eu des changements à votre cycle menstruel ?	oui	non
Êtes-vous en pré-ménopause où en ménopause ?	oui	non
Avez-vous reçu le diagnostic d'un médecin?	oui	non
Si oui, depuis quand ?		
Avez-vous eu une ou plusieurs grossesses ?		

# de grossesse à terme(s)

# de grossesse(s) non à terme

# de prématurés

## Vos habitudes capillaires et historique des cheveux

Vous considérez que votre cuir chevelu est...

Normal      Sec      Gras      Présence de pellicules      Dououreux      Sensible  
Avec démangeaisons      Avec plaques de squames

Quel est l'état de vos cheveux?

Naturels      Secs      Gras      Manque de tonus      Fins et cassants      Affinés  
Crépus      Ternes      Colorés      Décotorés      Traitements lissants ou défrisants  
Permanentés      Mèches

S'ils sont colorés, quelle marque de coloration utilisez-vous ?      pharmacie      professionnelle

À quand remonte le dernier traitement chimique (coloration, décoloration, mèches etc...)

Avez-vous déjà eu des mèches ou décolorant      oui      non

Si oui, ça fait combien de temps ?

À quand remonte votre dernier shampoing ?

aujourd'hui      hier      2 jours      3 jours      4 jours      5 jours      6 jours ou plus

Combien de fois par semaine lavez-vous vos cheveux ?

1 fois      2 fois      3 fois et plus      tous Les jours

A la maison est-ce de l'eau de puit ?      oui      non      INFOS

Combien de fois par semaine brossez-vous vos cheveux?

Tous Les jours      Plusieurs fois par jour      Quand je lave mes cheveux  
Très rarement      Jamais

Utilisations des outils de coiffage

Fer plat      Fer à friser      Séchoir      Autres  
1 fois/jour      2 fois/jour      À lous Les jours      Jamais      1 fois/semaine      2-3 fois/semaine

Quels sont les services que vous recevez à votre salon de coiffure ?

Coupe      Mise en plis      Coloration (repousse)      Décoloration      Mèches  
Défrisant      Correction de couleur récente      Rallonges capillaires      Traitement kératine  
Soin hydratant après coloration

Quelles est la fréquence de vos visites en salon ?

1 fois/semaine    1 fois/mois    Aux 4-6 semaines    Autre :

Avez-vous des problèmes de cuir chevelu lors de vos colorations ?

Oui    Non    Je ne sais pas

Si oui, lequel(s)    Raideur/Tendu    Sensation de brûlure    Démangeaisons  
Desquamations

Quelles marques de produits utilisez-vous à La maison en ce moment?

Shampooing    Revitalisant    Huile

Produits coiffants    Shampoing sec

Depuis combien de temps ?

Avez-vous déjà eu une réaction à un ou des produits coiffants ou à un service chimique en salon?

Non    Oui, à un ou des produits coiffants

Oui, à un service chimique en salon

Je déclare que les renseignements fournis dans ce formulaire Térapo Médik™ sont véridiques et complets. Je comprends qu'une fausse déclaration pourrait avoir des répercussions sur l'analyse de mes besoins et sur les pistes de solutions proposées par le centre partenaire Térapo Médik™ Afin que Alexandra Cuignard puisse faire Une analyse au meilleur de ses connaissances, de son expertise et de son expérience, Je consens à être photographié. Ces photos feront partie de votre dossier client et resteront confidentielles. Les frais de consultation couvrent les honoraires professionnels et ne pourront être remboursés. Advenant une communication électronique avec le centre partenaire Térapo Médik™ et/ou un membre du personnel, je suis consciente des risques de bris de confidentialité des renseignements échangés.

Signature

date

### **Chute et affinement des cheveux**

Quelle est, selon vous, l'urgence de la situation ? 1 à 10, 10 étant Le plus urgent

Comment qualifieriez-vous votre perte de cheveux?

Faibte    Moyenne    Forte

Votre perte de cheveux est :

Prédominante sur Les tempes    Prédominante sur Le dessus

Partout    Plaques bien délimitées    Vertex

En ce moment, est-ce que vos cheveux tombent anormalement?

Oui Non

Selon vous, quelle est La cause principale de votre chute de cheveux?

stress choc émotif santé alimentation

Médication Héridité Autre :

Avez-vous des antécédents génétiques de perte de cheveux?

Oui Non Je ne sais pas

Si oui, lesquels ?

Mère Père Sœur Frère Tante/oncle maternel Tante/oncle paternel  
Grands-parents maternels Grands-parents paternels

Homme  
Échelle de Ludwig

Femme  
Échelle de Norwood

