



Dossier client

À compléter par le client

Vous

Prénom : _____ Nom : _____

Âge : _____ Téléphone principal : _____

Courriel : _____

Où avez-vous entendu parlé de nous? _____

Raison de votre consultation

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

Autre(s) _____

Depuis combien de temps ? _____

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

Coiffeur (se)

Médecin

Dermatologue

Spécialiste en santé capillaire

Quelles sont vos attentes ? _____

Informations générales concernant votre santé

Au cours des 6 à 9 derniers mois :

Oui Non

Oui Non

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

Avez-vous reçu un diagnostic thyroïdien ou un changement à ce niveau?

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

Avez-vous des allergies connues?

Avez-vous consulté un médecin ?

- Si oui, lesquelles? _____

- Si oui, pour quelle raison ? _____

Avez-vous subi un stress particulier ou plus important ?

Avez-vous fait de la fièvre ?

Avez-vous subi un choc émotionnel ?

Avez-vous fait un bilan sanguin ?

- Si oui, résultat ? _____

Fumez-vous ou avez-vous arrêté de fumer ?

Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?
(mineure ou importante)

Avez-vous des antécédents familiaux?

Avez-vous pris des antibiotiques ?

Si oui, lesquels? _____

Prenez-vous de la médication ?

Avez-vous changé de médication ?
(nouveau, arrêt, changement de dose)

Avez-vous subi des changements hormonaux ?
(grossesse, fausse couche, interruption de grossesse, ménopause, etc.)

Section réservée aux femmes - Au cours des 6 à 9 derniers mois

Oui Non

Avez-vous changé votre moyen de contraception? _____

Y a-t-il eu des changements à votre cycle menstruel? _____

Êtes-vous en pré-ménopause ou en ménopause? _____

Avez-vous reçu le diagnostic d'un médecin? Si oui, depuis quand? _____

Avez-vous eu une ou plusieurs grossesses au cours des 6 à 9 derniers mois? Si oui, combien? _____

Avez-vous commencé un traitement de substitution hormonale? _____

Vos habitudes capillaires et historique des cheveux

Vous considérez que votre cuir chevelu est...

Normal Présence de pellicules Dououreux Sensible démangeaisons Avec plaques de squames

Quel est votre type et texture de cheveux ?

Fins Moyens Corsés Lisses/Droits Ondués Frisés/Crépus

Quel est l'état de vos cheveux?

Naturels Secs Gras Manque de tonus Fins et cassants Affinés Crépus
Ternes Colorés Décolorés Traitements lissants ou défrisants Permanentes

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

pharmacie professionnelle

À quand remonte la dernière coloration ?

Décoloration ?

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 en salon et à quelle fréquence ?

Coloration Décoloration Mèches Défrisant
Correction de couleur récente **Rallonges capillaires** Traitement
Autre

Shampooing

Revitalisant

Huile

Produits coiffants

Shampooing sec

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

