Capillaire

FICHE ET QUESTIONNAIRE

SEXE : .....

NOM : ..... PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE :..... ADRESSE :.....

VILLE :..... PAYS :.....

CODE POSTAL :..... PROFESSION :.....

EMAIL :..... TÉLÉPHONE :.....

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Comment avez-vous entendu parler de jojo-lita?

- ☐ bouche à oreille
- ☐ Reportages TV, articles de presse
- ☐ Réseaux sociaux
- ☐ Autres : .....

Suivez-vous/ Avez-vous suivi un traitement médical ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez préciser lequel et quels en sont les effets ?

.....

Etes-vous atteint d'une maladie transmissible par le sang (VIH, Hépatite) ? ☐ Oui ☐ Non

.....

Avez-vous des allergies ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez préciser lesquelles

.....

Avez-vous subi une/des opération(s) chirurgicale(s) ?

Si oui, veuillez préciser la date et le type de procédure

.....

Avez-vous déjà eu de l'herpès ? ☐ Oui ☐ Non

Etes-vous atteint de diabète ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez préciser le type .....

Etes-vous enceinte ? ☐ Oui ☐ Non

DIAGNOSTIC

Type de sublimation: ☐ Micro-pigmentation/ Maquillage (40€) ☐ Post-cicatrice (80€) ☐ Tricothérapie (150€)

- 1ère séance (DIagnostic+test): Date.....Montant.....
- 2ème séance (Jour de la sublimation): Date.....Montant.....
- 3ème séance (1ère constatation): Date.....Montant.....
- 4ème séance (Retouches): Date.....Montant.....

Signature de la praticienne

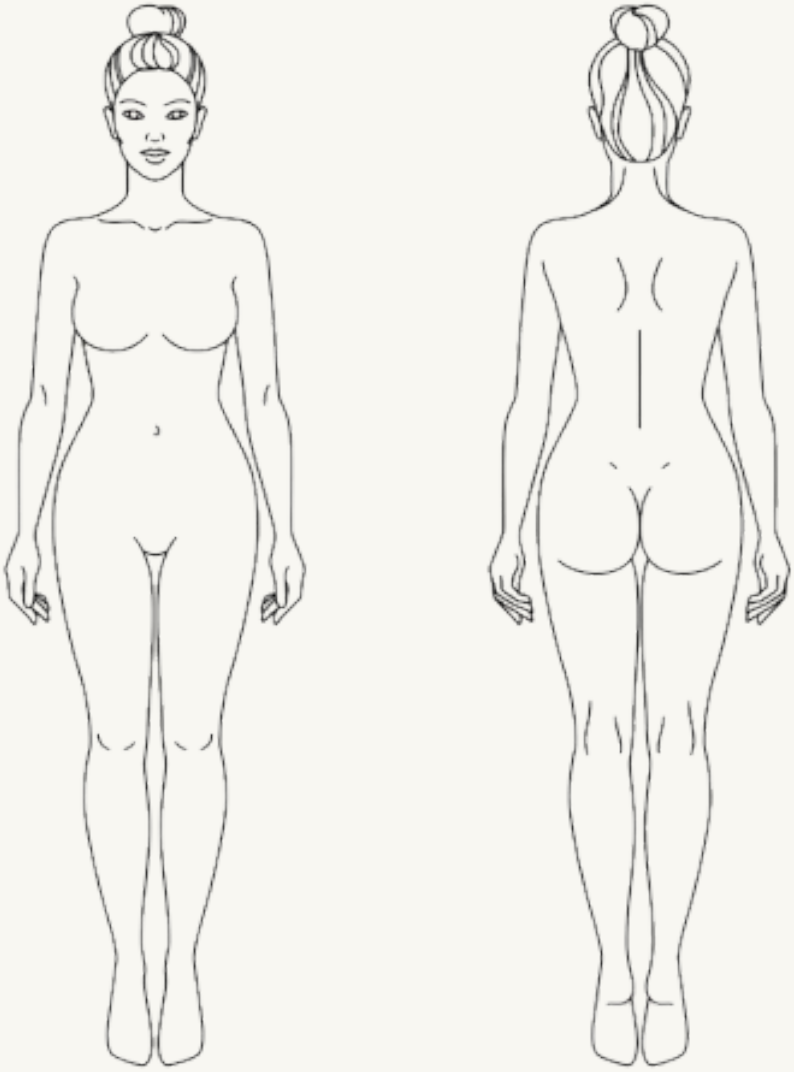
Signature cliente

Microneedling Femme

FICHE ET QUESTIONNAIRE

ZONE(S) À SUBLIMER

(entourer la zone)



MATÉRIEL À UTILISER

Aiguille :

.....

Réf :

.....

Encre :

.....

Réf :

.....

Gants:

☐ Latex ☐ Vaseline

Crème:

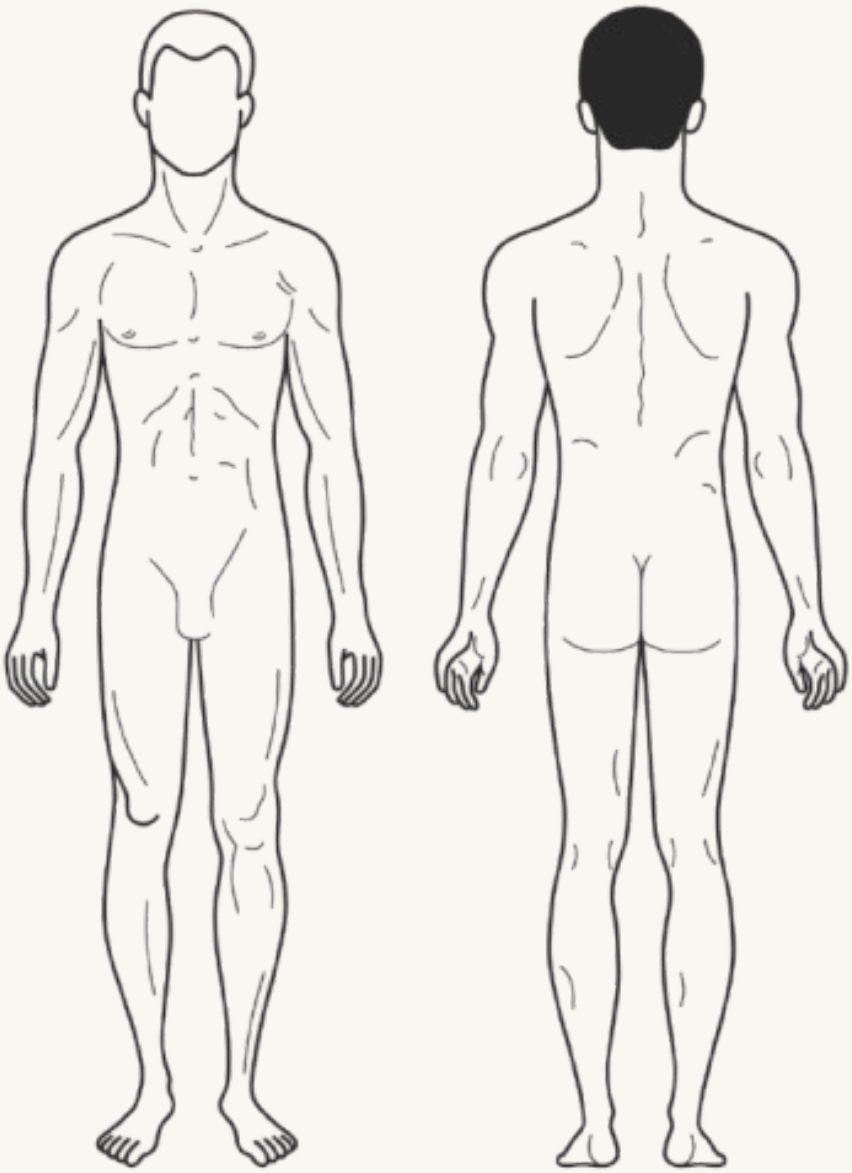
☐ Nitrile ☐ Vegan

Microneedling Homme

FICHE ET QUESTIONNAIRE

ZONE(S) À SUBLIMER

(entourer la zone)



MATÉRIEL À UTILISER

Aiguille :

.....

Réf :

.....

Encre :

.....

Réf :

.....

Gants:

☐ Latex ☐ Vaseline

Crème:

☐ Nitrile ☐ Vegan