

## Vous

**Prénom :** \_\_\_\_\_ **Nom :** \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
 Âge : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Téléphone principal : \_\_\_\_\_ Téléphone secondaire : \_\_\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_  
 Où avez-vous entendu parlé de nous? \_\_\_\_\_

## Raison de votre consultation

Stabiliser et contrôler ma perte de cheveux  
 Prendre soin de mon cuir chevelu et de mes cheveux  
 Contrôler l'affinement de mes cheveux  
 Pellicules  
 Favoriser la repousse  
 Démangeaisons

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

Coiffeur (se)       Médecin       Dermatologue       Trichologiste

Quelles sont vos attentes ?

## Informations générales concernant votre santé\*

Au cours des 6 derniers mois :	Oui	Non
Avez-vous une bonne santé en général ?		_____
Avez-vous une bonne alimentation ? (variée, saine)		_____
Avez-vous fait changé votre alimentation ? (régime, keto, vegan, etc)		_____
Avez-vous consulté un médecin ?		_____
Avez-vous fait un bilan sanguin ? Si oui pour quelle raison.		_____
Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? (mineure ou importante)		_____
Avez-vous pris des antibiotiques ?		_____
Avez-vous fait des changements de médication ? (nouveau, arrêt, dose)		_____
Avez-vous subi des changements hormonaux ? (grossesse, fausse couche, interruption de grossesse, ménopause, etc)		_____
Avez-vous reçu un diagnostic thyroïdien ou un changement ? (hyper/hypo, variation)		_____
Avez-vous des antécédents familiaux tel que ;		
Diabète		
Hypertension artérielle		
Asthme		
Cholestérol		
Cancer		
Autre _____		
Avez-vous subi un stress particulier ou plus important ?		_____
Avez-vous subi un choc émotionnel ?		_____
Fumez-vous ou avez-vous arrêté de fumer ?		_____
Avez-vous des allergies connues ?		_____
Alimentaire		_____
À certains médicaments		_____
Cutanée		_____
Intolérances alimentaires ou autre(s)		_____

## Section réservée aux femmes

Prenez-vous ou avez-vous déjà pris un moyen de contraception? \_\_\_\_\_  
Considérez-vous que votre cycle menstruel est régulier? \_\_\_\_\_  
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? \_\_\_\_\_  
Nombre à terme \_\_\_\_\_ Nombre non à terme \_\_\_\_\_ Nombre de prématurée \_\_\_\_\_

## Vos habitudes capillaires

Votre cuir chevelu est ?

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

État de vos cheveux :

Naturels Secs Gras Manque de tonus Fin et cassant Affiné  
Crépu Terne Colorés Décolorés Traitements lissants ou défrisants Permanentés

À quand remonte votre dernier shampoing ?

Aujourd'hui Hier 2 jours 3 jours 4 jours 5 jours Plus

Combien de fois par semaine lavez-vous vos cheveux ?

1 fois 2 fois 3 fois et plus À tous les jours

Combien de fois par semaine brossez-vous vos cheveux ?

À 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 tous 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 (racine) Décoloration Mèches Défrisant  
Correction de couleur récente Rallonges capillaires Traitement kératine Soins hydratant après coloration

Quelles est la fréquence de vos visites en salon ?

1 fois/semaine 1 fois/mois Aux 4-6 semaines Autres : \_\_\_\_\_

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 brûlures Démangeaisons Desquamations

Quels sont les produits que vous utilisez présentement ?

Shampoing \_\_\_\_\_ Conditionneur \_\_\_\_\_ Huile \_\_\_\_\_  
Produits coiffants \_\_\_\_\_ Shampoing anti-pelliculaire \_\_\_\_\_  
Shampoing sec \_\_\_\_\_

Perdez-vous vos cheveux anormalement présentement ?

oui (page 4) Non (page 5) Si oui, depuis combien de temps ? : \_\_\_\_\_

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 piste de solutions proposées par le centre partenaire TéraPo Médik™.

Afin que \_\_\_\_\_ (nom du responsable) puisse faire une analyse au meilleur de ses connaissances, de son expertise et de son expérience, je consens à être photographiés, ces photos feront partie de votre dossier client et resteront confidentielles.

Les frais de consultations couvrent les honoraires professionnels et ne pourront être remboursés.

Advenant toutes communications électroniques avec le centre partenaire TéraPo Médik™ et/ou un membre du personnel, je suis conscient(e) 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 ?

Faible

Moyenne

Forte

Votre perte de cheveux est :

Prédominantes sur les tempes

Prédominante sur le dessus

Partout

Plaques ben délimitées

Vertex

Est-ce que vos cheveux tombent anormalement présentement ?

Oui

Non

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

Stress

Choc émotif

Santé

Alimentation

Médication

Héridité

Autres : \_\_\_\_\_

Avez-vous des antécédents génétiques pour la 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

---

## Visuel

### Général :

Rougeurs

Cuir chevelu gras

Pellicules

Psoriasis

Eczéma

Démangeaison

### Visage :

Sec

Gras

Mixte

Rougeurs

Acné

Essaimage

### Cheveux :

Angles temporaux frontaux dégarnis

Fins et clairsemés

Vertex ouvert

Affinés sur le dessus seulement

### Densité capillaire :

Faible

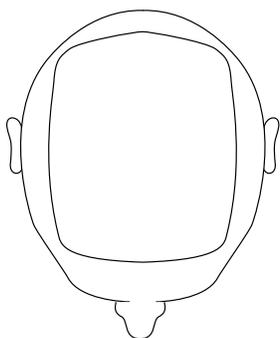
Moyenne

Forte

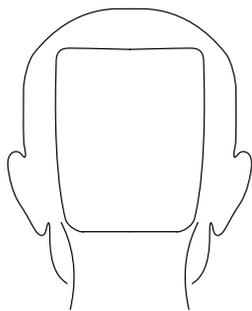
## Section réservée au trichologiste

Vaisseaux sanguins	Visibles	Non visibles		
Entonnoirs folliculaires	Engorgés	Dilatés		
Pellicules	Oui	Non	Grasses	Sèches
Cuir chevelu	Tendance sec	Tendance grasse	Très gras	
Dépôt	Aucun	Peu	Beaucoup	Intense
État de la tige	Sèche	Grasse (racine)	Très gras	

### 1. Prise de photo **avant** soin de dépôt (numéroter de 1 à 4 minimum)



Sommet du crâne : 40%



Arrière du crâne : 24%

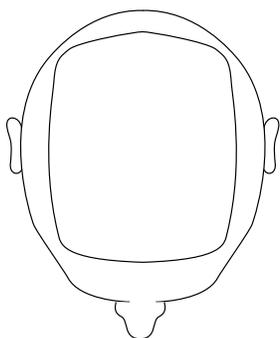


Tempe gauche : 18%

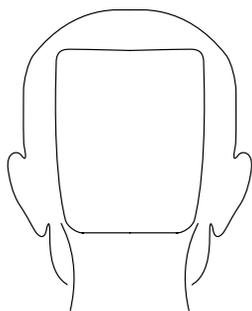


Tempe droite : 18%

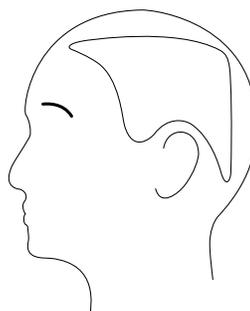
### 2. Prise de photo **après** soin de dépôt (numéroter de 1 à 4 minimum)



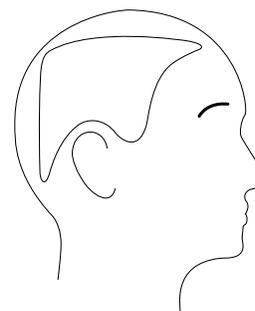
Sommet du crâne : 40%



Arrière du crâne : 24%



Tempe gauche : 18%



Tempe droite : 18%

---

## Constatations post-analyse

Sélectionnez la ou les affections

Cuir chevelu sec

Cuir chevelu gras

Pellicules sèches (sans chutes)

Pellicules grasses (sans chutes)

Perte de cheveux femme

Diffuse

Androgénétique chez la femme (dessus)

Androgénétique chez la femme (tempes)

Grossesse

Perte de cheveux homme

Pellicules sèches

Pellicules grasses

Cuir chevelu gras

Chimiothérapie

Psoriasis (voir dermatologue)

Eczéma (voir dermatologue)

Pelade

Sélectionnez et modifiez votre recommandation votre recommandation de soins à domicile (voir lexique ou logiciel)

Prendre rendez-vous suivi 30 jours :

Date : \_\_\_\_\_

## Vos soins en salon

### Traitement #1

Date : \_\_\_\_\_

Soin reçu : \_\_\_\_\_

Vaisseaux sanguins	Visibles	Non visibles		
Entonnoirs folliculaires	Engorgés	Dilatés		
Pellicules	Oui	Non	Grasses	Sèches
Cuir chevelu	Tendance sec	Tendance grasse	Très gras	
Dépôt	Aucun	Peu	Beaucoup	Intense
État de la tige	Sèche	Grasse (racine)	Très gras	

### Traitement #2

Date : \_\_\_\_\_

Soin offert : \_\_\_\_\_

Vaisseaux sanguins	Visibles	Non visibles		
Entonnoirs folliculaires	Engorgés	Dilatés		
Pellicules	Oui	Non	Grasses	Sèches
Cuir chevelu	Tendance sec	Tendance grasse	Très gras	
Dépôt	Aucun	Peu	Beaucoup	Intense
État de la tige	Sèche	Grasse (racine)	Très gras	

### Traitement #2

Date : \_\_\_\_\_

Soin offert : \_\_\_\_\_

Vaisseaux sanguins	Visibles	Non visibles		
Entonnoirs folliculaires	Engorgés	Dilatés		
Pellicules	Oui	Non	Grasses	Sèches
Cuir chevelu	Tendance sec	Tendance grasse	Très gras	
Dépôt	Aucun	Peu	Beaucoup	Intense
État de la tige	Sèche	Grasse (racine)	Très gras	