

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

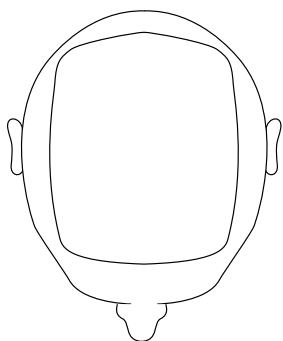
Moyenne

Forte

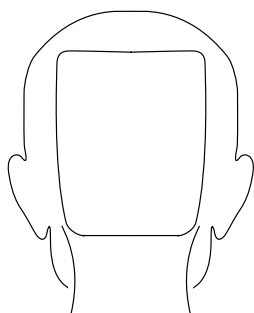
Section réservée au trichologiste

| | | | | |
|--------------------------|--------------|-----------------|-----------|---------|
| 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 | |

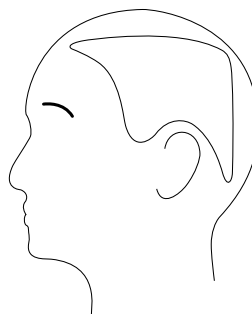
1. Prise de photo **avant** soin de dépôt (numéroter de 1 à 4 minimum)



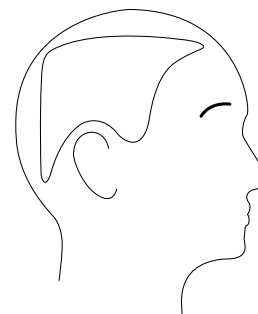
Sommet du crâne : 40%



Arrière du crâne : 24%

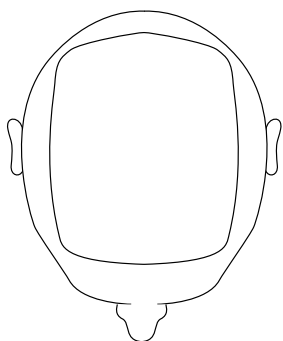


Tempe gauche : 18%

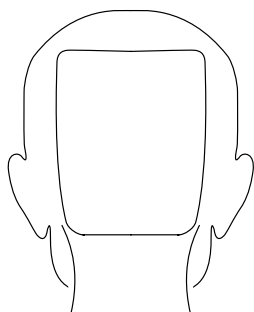


Tempe droite : 18%

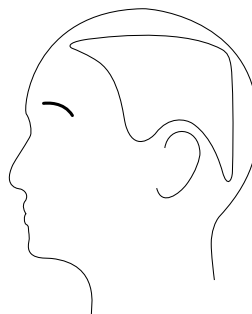
2. Prise de photo **après** soin de dépôt (numéroter de 1 à 4 minimum)



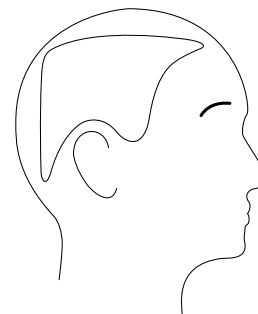
Sommet du crâne : 40%



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 | |