

Skin Care Consultation Chart / Fiche de consultation pour les soins de la peau

Model Name / Nom du modèle:	Telephone / Téléphone:
Address / Adresse:	
Date of Birth / Date de naissance	Occupation / Profession
Date of Last aesthetic care / Date des derniers soins esthétiques:	
Type of facial care practised at home / Type de soins du visage pratiqués à la maison:	
Product(s) used / Produit(s) utilisé(s):	
Other Information / Autres renseignements:	

Health & Lifestyle Report - check all that apply / Rapport sur la santé et le mode de vie - Veuillez cocher toutes les réponses pertinentes

<p>Glasses / Lunettes <input type="checkbox"/></p> <p>Contact Lenses / Lentilles cornéennes <input type="checkbox"/></p> <p>Dental Prosthesis / Prothèse dentaire <input type="checkbox"/></p> <p>Allergies or Intolerance / Allergies ou intolérance: _____</p> <p>_____</p> <p>Surgery / Chirurgie: _____</p> <p>_____</p> <p>Metallic Inclusion / Inclusion métallique <input type="checkbox"/></p> <p>Cancer <input type="checkbox"/></p> <p>Pain / Douleur <input type="checkbox"/></p>	<p>Pregnancy / Grossesse <input type="checkbox"/></p> <p>Adrenal Dysfunction / Dérèglement des glandes surénales <input type="checkbox"/></p> <p>Diabetes / Diabète <input type="checkbox"/></p> <p>Nervousness / Nervosité <input type="checkbox"/></p> <p>Insomnia / Insomnie <input type="checkbox"/></p> <p>Asthma / Asthme <input type="checkbox"/></p> <p>Haemophilia / Hémophilie <input type="checkbox"/></p> <p>Healing / Cicatrisation <input type="checkbox"/></p> <p>Hepatic or Biliary Issues / Troubles hépatiques et Digestive Issues / Troubles digestifs <input type="checkbox"/></p> <p>Constipation <input type="checkbox"/></p>
	Poor / Mauvaise <input type="checkbox"/>

Skin Care Consultation Chart /

Fiche de consultation pour les soins de la peau

Inflammation	<input type="checkbox"/>	Arthritis / Arthrite	<input type="checkbox"/>
Cardiac Issues /	<input type="checkbox"/>	Arthrosis / Arthrose	<input type="checkbox"/>
Problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/>	Fibromyalgia / Fibromyalgie	<input type="checkbox"/>
Pacemaker / Stimulateur	<input type="checkbox"/>	Medication / Médicament	<input type="checkbox"/>
cardiaque	<input type="checkbox"/>	Cold Sores / Herpès labial	<input type="checkbox"/>
Blood Pressure / Tension	<input type="checkbox"/>	Dermatosis / Dermatose	<input type="checkbox"/>
artérielle	<input type="checkbox"/>	Tabaco / Tabac	<input type="checkbox"/>
Blood Disease / Maladie	<input type="checkbox"/>	Alcohol / Alcool	<input type="checkbox"/>
du sang	<input type="checkbox"/>	Water (1 litre/ day) / Eau (1	<input type="checkbox"/>
Circulatory Issues /	<input type="checkbox"/>	litre par jour)	<input type="checkbox"/>
Troubles de la circulation	<input type="checkbox"/>	Balanced Diet / Régime	<input type="checkbox"/>
		équilibré	<input type="checkbox"/>
		Life Style / Mode	<input type="checkbox"/>
		Active /	<input type="checkbox"/>
		de vie	<input type="checkbox"/>
		Actif	<input type="checkbox"/>
		Tea / Coffee / Thé / Café	<input type="checkbox"/>
		Inactive /	<input type="checkbox"/>
		Inactif	<input type="checkbox"/>

Other / Autre

Skin Care Consultation Chart / Fiche de consultation pour les soins de la peau

Skin Observation Elements / Éléments d'observation de la peau

Vascular System / Système vasculaire

Normal / Normal	<input type="checkbox"/>	Angioma / Angiome	<input type="checkbox"/>
Telangiectasis / Télangiectasie	<input type="checkbox"/>	Stellar Angioma / Angiome stellaire	<input type="checkbox"/>
Erythrosis / Érythrose	<input type="checkbox"/>	Nodular Angioma / Angiome nodulaire	<input type="checkbox"/>
Couperose (hot redness) / Couperose (rougeurs chaudes)	<input type="checkbox"/>	Erythema / Érythème	<input type="checkbox"/>
Cyanosis (Cold Redness) / Cyanose (rougeurs froides)	<input type="checkbox"/>	Rosaceous / Rosacé	<input type="checkbox"/>

Lipidic System / Système lipidique

Normal Sebaceous Secretions / Sécrétions sébacées normales	<input type="checkbox"/>	Macula / Macule	<input type="checkbox"/>	Rare Outbreaks / Éruptions rares	<input type="checkbox"/>
Hypersecretion (greasy/oily) / Hypersécrétion (grasse/ huile)	<input type="checkbox"/>	Nodule	<input type="checkbox"/>	Intermittent(e)	<input type="checkbox"/>
Hyosecretions (alipic) / Hyosecrétions (alipic)	<input type="checkbox"/>	Papule	<input type="checkbox"/>	Consistent / Constant(e)	<input type="checkbox"/>
Seborrheic / Séborrhéique	<input type="checkbox"/>	Pustule	<input type="checkbox"/>	Numerous / Nombreux (ses)	<input type="checkbox"/>
Combination / Combinaison	<input type="checkbox"/>	Vesicle / Vésicule	<input type="checkbox"/>		
Asphyxic / Asphysique	<input type="checkbox"/>	Medically-	<input type="checkbox"/>		
Comedonal / Acné comédonienne	<input type="checkbox"/>				
Acneic / Acnéique	<input type="checkbox"/>				

Treated Acne / Acné nécessitant un traitement médical

Skin Care Consultation Chart / Fiche de consultation pour les soins de la peau

Epidermic Hydric System / Système épidermique/hydrique

Normal Hydration / Hydratation normale	<input type="checkbox"/>
Wrinkles / Rides	<input type="checkbox"/>
Dehydration / Déhydratation	<input type="checkbox"/>
Superficial / Superficielle	<input type="checkbox"/>
Deep / Profonde	<input type="checkbox"/>

Sensitivity and Reactivity / Sensibilité et réactivité

Normal / Normale	<input type="checkbox"/>
Reactive / Réactive	<input type="checkbox"/>
Hyperreactive / Hyperactif	<input type="checkbox"/>
Dermographic / Dermographisme	<input type="checkbox"/>
Fine Lines / Ridules	<input type="checkbox"/>
Furrows / Sillons	<input type="checkbox"/>

Texture

Skin Grain / Grain de peau

Fine (few pore or not noticeable) / Fin (quelques pores ou non perceptibles)	<input type="checkbox"/>
Some Pore (somewhat noticeable) / Quelques pores (assez perceptibles)	<input type="checkbox"/>
Loose (noticeable pores) / Relachée (pores perceptibles)	<input type="checkbox"/>

Skin Thickness (texture) /

Épaisseur de la peau (texture)

Fine	<input type="checkbox"/>
Normal (medium or fleshy) / Normale (moyenne ou charnue)	<input type="checkbox"/>
Thick / Épaisse	<input type="checkbox"/>

Skin Care Consultation Chart / Fiche de consultation pour les soins de la peau

Esthetician Use Only / À usage de l'esthéticienne seulement

Skin Tone / Teint

Firm / Ferme	<input type="checkbox"/>
Slightly Loose / Quelque peu relâchée	<input type="checkbox"/>
Flaccid / Flasque	<input type="checkbox"/>
Double Chin / Double menton	<input type="checkbox"/>
Eyelid Ptosis / Ptosis	<input type="checkbox"/>

Complexion / Teint

Normal / Normal	<input type="checkbox"/>
Redness / Rougeur	<input type="checkbox"/>
Dull / Terne	<input type="checkbox"/>
Cloudy / Opaque	<input type="checkbox"/>
Sallow (muddy) / Jaune (terne)	<input type="checkbox"/>

Pale / Pâle	<input type="checkbox"/>
Bilious / Bileux	<input type="checkbox"/>
Clear / Clair	<input type="checkbox"/>
Golden / Doré	<input type="checkbox"/>
Pinkish / Rosé	<input type="checkbox"/>

Pigmentation / Pigmentation

Hyperchromias / Hyperchromie	Freckles / Taches de rousseur	<input type="checkbox"/>
	Lentigos / Grains de beauté	<input type="checkbox"/>
	Naevus	<input type="checkbox"/>

Chloasma	<input type="checkbox"/>
Brownish Eyelids / Paupières brunâtres	<input type="checkbox"/>
Photosensitization Hypermelanosis / Photosensibilisation Hypermélanose	<input type="checkbox"/>

Hypochromias / Hypochromie

Vitiligo	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------

Hypomelanosis Droplets	<input type="checkbox"/>
Acromic Dryness / Sécheresse achromique	<input type="checkbox"/>

Skin Care Consultation Chart /

Fiche de consultation pour les soins de la peau

Eye Contour Analysis / Analyse du contour des yeux

Aqueous Pocket / Poches aqueuses	<input type="checkbox"/>
Lipidic Pockets (fat) / Poches lipidiques (gras)	<input type="checkbox"/>
Xanthelasma / Xanthélasma	<input type="checkbox"/>
Milia / Milium	<input type="checkbox"/>
Fine Lines / Ridules	<input type="checkbox"/>
Wrinkles / Rides	<input type="checkbox"/>
Circulatory Circles	<input type="checkbox"/>
Pigmentary Circles / Cercles pigmentaires	<input type="checkbox"/>
Eyelid Oedema / Œdème des paupières	<input type="checkbox"/>
Other / Autre	<input type="text"/>

Other Cutaneous Abnormalities / Autres anomalies cutanées

Sebaceous Microcysts / Microkystes sébacés	<input type="checkbox"/>
Sebaceous Cysts / Kystes sébacés	<input type="checkbox"/>
Scarring / Cicatrisation	<input type="checkbox"/>
Cheloids / Chéloïdes	<input type="checkbox"/>
Molluscum	<input type="checkbox"/>
Wart / Verrue	<input type="checkbox"/>
Closed Blackheads / Comédons fermés	<input type="checkbox"/>
Open Blackheads / Comédons ouverts	<input type="checkbox"/>
Other / Autre	<input type="text"/>

Skin Appendage Abnormality (nails and hair system) / Anomalie du phanère (ongles et cheveux)

Downy hair darker and heavier than normal / Duvet capillaire plus foncé et plus épais que la normale	<input type="checkbox"/>	Thick Nails / Ongles épais	<input type="checkbox"/>
Hypertrichosis / Hypertrichose	<input type="checkbox"/>	Flaky / écaillés	<input type="checkbox"/>
Naevus Hair /naevus poilu	<input type="checkbox"/>	Dry and Breakable / Secs et cassant	<input type="checkbox"/>
Folliculitis / Folliculite	<input type="checkbox"/>	Normal Coloration / Coloration normale	<input type="checkbox"/>
Keratosis Pilaris / Kératose pileaire	<input type="checkbox"/>		
Other / Autre	<input type="text"/>		