



## TRAITEMENT À LA LUMIÈRE PULSÉE INTENSE (IPL)

### Consultation du(de la) patient(e)

#### INFORMATIONS PERSONNELLES

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

Résidence : \_\_\_\_\_

Bureau : \_\_\_\_\_

Cellulaire : \_\_\_\_\_

SEXE :  Femme  Homme

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

Année

Mois

Jour

AVEZ-VOUS DÉJÀ REÇU DES TRAITEMENTS  
À LA LUMIÈRE PULSÉE INTENSE?  Oui  Non

#### CONSIDÉRATIONS PRÉ-TRAITEMENT

Au cours des trois dernières semaines, vous êtes-vous fait bronzer au soleil ou au salon?  Oui  Non

Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous utilisé un auto-bronzant?  Oui  Non

Votre peau brûle-t-elle lorsque vous vous exposez au soleil?  Oui  Non

Au cours des quatre dernières semaines vous êtes-vous épilé, avez-vous utilisé de la cire  
dépilatoire ou eu recours à un traitement à l'électrolyse sur la région du traitement?  Oui  Non

Êtes-vous enceinte?  Oui  Non

Êtes-vous ménopausée ou pré-ménopausée?  Oui  Non

Êtes-vous diabétique?  Oui  Non

Êtes-vous sous traitement de chimiothérapie?  Oui  Non

Votre cycle menstruel est-il régulier?  Oui  Non

Avez-vous un problème d'herpès simplex sur la région traitée?  Oui  Non

Avez-vous un problème de cicatrice chéloïde?  Oui  Non

Prenez-vous des anticoagulants?  Oui  Non

Avez-vous déjà eu une réaction pigmentaire (mélasme ou vitiligo)?  Oui  Non

Avez-vous utilisé une crème exfoliante au cours des deux dernières semaines?  Oui  Non

#### PRISE DE MÉDICAMENTS

PRÉSENTEMENT, PRENEZ-VOUS UN DES MÉDICAMENTS SUIVANTS :

contre l'acné (Accutane)?  Oui  Non

crèmes, fond de teint contenant

du rétine-A?  Oui  Non

antidépresseurs?  Oui  Non

antihistaminiques?  Oui  Non

diurétique?  Oui  Non

anti-inflammatoire?  Oui  Non

d'un herboriste?  Oui  Non

hormonal (contraceptif oral)?  Oui  Non

antipsychotique?  Oui  Non

tout autre médicament photo-sensible  Oui  Non?

Souffrez-vous présentement d'une maladie chronique pour laquelle vous êtes présentement traité(e)?  Oui  Non

Souffrez-vous d'allergies à certains médicaments?  Oui  Non

Si oui, veuillez spécifier : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_