

# ANALYSE DE CHEVEUX

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

# QUESTIONNAIRE POUR ANALYSE DE CHEVEUX

Nous vous prions de bien vouloir remplir ce questionnaire confidentiel pour nous permettre d'obtenir une interprétation correcte de vos résultats.



## DONNÉES PERSONNELLES:

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_ NPA : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

N° tél. privé : \_\_\_\_\_ N° tél. prof. : \_\_\_\_\_ email : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_

Si vous êtes une femme, êtes-vous :  Enceinte :  Allaitiez-vous :  Ménopausée :



## MOTIF (si maladie, laquelle?)

\_\_\_\_\_

## Souffrez-vous d'insuffisance rénale ?

Oui

Non

## Allergies aux oligoéléments (nickel, chrome...) ?

Allergie aux fruits-de-mer (iode) ?

Oui

Non



## MALADIE(S) ET MÉDICAMENT(S):

Souffrez-vous d'une (ou plusieurs) affection(s) pour laquelle vous êtes suivi(e) par un médecin et quel(s) médicament(s) prenez-vous ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ANTIBIOTIQUES:

Avez-vous pris des antibiotiques dans les six derniers mois, si oui lesquels et pour quelle raison ? \_\_\_\_\_

## PRENEZ-VOUS DES MÉDICAMENTS:

Somnifères :  Laxatifs :  Diurétiques :  Antidépresseurs :  Médicaments pour le foie ou la digestion :

Si vous êtes une femme, prenez-vous :  La pilule :  Un traitement hormonal :



## AVEZ-VOUS FAIT DANS LES SIX DERNIERS MOIS:

Une permanente :  Un défrisage :  Une teinture :  Des mèches

## HABITUDES ALIMENTAIRES:

Je suis un régime  Je suis végétarien(ne)  Je suis plutôt carnivore



## JE BOIS TOUS LES JOURS:

Une eau minérale, laquelle ? \_\_\_\_\_

Une boisson alcoolisée à table ? \_\_\_\_\_

Du café, nombre par jour ? \_\_\_\_\_

## FUMEZ-VOUS, SI OUI COMBIEN ?

Combien : \_\_\_\_\_

## COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES:

Prenez-vous des :

(merci de préciser lesquels et depuis combien de temps)

Des oligoéléments : \_\_\_\_\_

Des vitamines : \_\_\_\_\_

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

## COULEUR NATURELLE DE VOS CHEVEUX:

\_\_\_\_\_

## TYPE DE SHAMPOOING UTILISÉ ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## UTILISEZ-VOUS D'AUTRES PRODUITS CAPILLAIRES ? SI OUI, LESQUELS ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_