

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ CONFIDENTIEL

NOM: _____

PRÉNOM: _____

DATE DE NAISSANCE: _____

- Souffrez-vous de problème(s) cardiaque(s) tel(s) que: malformation cardiovasculaire, hypertension artérielle, ou autre ? Si oui précisez:
 - Souffrez-vous d'Hémophilie ?
 - Souffrez-vous d'herpès, même de bouton de fièvre ou "feux sauvage" ?
 - Etes-vous porteur du VIH, Hépatite B, Hépatite C ou d'une ITS diagnostiquée ?
 - Prenez-vous des médicaments anticoagulants ?
 - Etes-vous receveur de transfusions sanguines ?
 - Etes-vous donneur de sang ?
-

- Souffrez-vous de zona?
 - Souffrez-vous de d' Ichtose ?
 - Souffrez-vous d' Eczéma ?
 - Souffrez-vous de Mélanome ?
 - Souffrez-vous de Chléloïdes ?
 - Souffrez-vous de Lupus ?
 - Souffrez-vous de Psoriasis ?
 - Souffrez-vous de mauvaise cicatrisation ?
 - Souffrez-vous d' Alopecie ?
 - Souffrez-vous de toutes autre maladie de peau chronique ? Si oui précisez:
-

- Avez-vous des allergies ? Si oui, précisez:
- Souffrez-vous de Diabète ?
- Souffrez-vous de trouble du système immunitaire ?
- Souffrez-vous d' Epilepsie ?
- Avez-vous déjà eu une crise de convulsions, accident vasculaire cérébral ou d'épisodes de syncope ?
- Avez-vous subi, ou, planifiez-vous de faire une intervention chirurgicale ? Si oui, précisez:
- Quand:
- Consommez-vous quotidiennement de l'aspirine ?
- Dans les dernières 24 heures, avez-vous consommé de l'alcool ou de la caféine ?
- Avez-vous déjà reçu des soins de maquillage permanent/semi-permanent ou de tatouage?

J'ai compris et répondu aux questions ci-haut au meilleure de mes connaissances par la vérité et je comprend que mes réponses pourraient affecter le processus et/ou la guérison de mon tatouage si celles-ci s'avéraient fausses.

Signature: