

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ CONFIDENTIEL

NOM: _____
PRÉNOM: _____
DATE DE NAISSANCE: _____

	Oui	Non
• 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 Chéloïdes ? _____	☐	☐
• Souffrez-vous de Lupus ? _____	☐	☐
• Souffrez-vous de Psoriasis ? _____	☐	☐
• Souffrez-vous de mauvaise cicatrisation ? _____	☐	☐
• Souffrez-vous d' Alopécie ? _____	☐	☐
• 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: _____ Date: _____