

Questionnaire à remplir pour la clientèle

COORDONNÉES

Nom:

Prénom:

de tel:

Adresse courriel:

Adresse civique:

Date de naissance:

Raison de votre consultation?

MERCI DE NOUS AVOIR CHOISI

- Comment avez-vous entendu parlé de nous?
- Qui vous a référé?
- Le but de votre visite?

PARLEZ-NOUS UN PEU DE VOUS

- À quelle fréquence faites-vous couper les cheveux ?
- À quelle fréquence faites-vous colorer les cheveux ?
- Qu'avez-vous reçu comme service chimique ou naturel dans les 6 derniers mois ?
- À quelle fréquence faites-vous un traitement capillaire ?
- Vous exposez-vous souvent au soleil ?
- Avez-vous déjà vécu une expérience négative chez le coiffeur ?

QUELS PRODUITS UTILISEZ-VOUS

Shampooing:

Revitalisant:

Traitement: Mousse:

Fixatif: Pâte /

Pommade: Sérum:

Produit spécifique:

VOTRE ROUTINE À LA MAISON

- **À quelle fréquence lavez-vous vos cheveux?**
- **Faites-vous des traitements capillaire régulièrement?**
- **Avez-vous déjà fait une couleur maison?**

CE QUI VOUS DÉRANGE LE PLUS DE VOS CHEVEUX

J'ai les cheveux secs

J'ai les cheveux abîmés

J'ai les pointes fourchus

J'ai des frissotis

Ma couleur ne tient pas

Mes mise en plis ne tiennent pas

Je manque de volume

Mes cheveux sont trop épais

Mes cheveux ne poussent assez vite

Je perd mes cheveux

J'ai un problème de cuir chevelu

Dans les 6 derniers mois :

	oui	non
Avez-vous une bonne santé en général ?	☐	☐
Avez-vous une bonne alimentation ?	☐	☐
Avez-vous fait un régime alimentation ? (Keto, Vegan, Ideal protéine, ect...)	☐	☐
Avez-vous consulté un médecin ?	☐	☐
Avez-vous fait un bilan sanguin récemment ? -Si oui, pour quelle raison ?_____	☐	☐
Avez-vous pris des antibiotiques ?	☐	☐
Avez-vous subi une intervention chirurgicale? (mineure ou importante)	☐	☐
Prenez-vous de la médication ?	☐	☐

oui **non**

**Avez-vous fait des changements de médication
(nouveau, arrêt, changement de dose)**

☐☐

**Avez-vous reçu un diagnostic thyroïdien
ou un changement ?
hyper/ hypo, variation)**

☐☐

Avez-vous des antécédents familiaux tel que ;

☐☐

-Diabète

-Hypertension artérielle

-Asthme

-Cholestérol

-Cancer

-Autre _____

**Avez-vous subi un stress particulier
ou plus important ?**

☐☐

Avez-vous subi un choc émotionnel ?

☐☐

Fumez-vous ou avez-vous arrêter de fumer ?

☐☐

Avez-vous des allergies connues ?

☐☐

-Alimentaire

-À certains médicaments / cutané

-Intolérances alimentaire

-Autre _____

Section réservé au femmes

Dans les 6 derniers mois :

oui non

**Prenez-vous ou avez-vous
déjà pris un moyen de contraception ?**

☐☐

**Considérez-vous que votre cycle menstruel
est régulier ?**

☐☐

**Êtes-vous en pré-ménopause
ou en ménopause ?**

☐☐

**Avez-vous reçu un diagnostic d'un médecin ?
Si oui, depuis quand ?**

☐☐

Avez-vous eu une ou plusieurs grossesses?

☐☐

Nombre à terme: _____

Nombre à NON TERME: _____

Nombre de prématurée: _____

Interruption de grossesse : _____