

DAVINCIA®

HISTORIQUE DE SANTÉ

PRÉNOM _____ NOM _____
ADRESSE _____
VILLE _____ CODE POSTAL _____
TÉLÉPHONE _____ PROFESSION _____
COURRIEL _____ DATE DE NAISSANCE _____
SEXE F H ND

De quelle façon avez-vous découvert Davincia, qui vous a référé?

(Réseaux sociaux, Site web, Magazine, École, Congrès, Esthéticienne, Ami)

Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert chroniquement de :

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hypersensibilité cutanée / Dermatite | <input type="checkbox"/> Problèmes endocriniens | <input type="checkbox"/> Maladies infectieuses |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Éruption cutanée | <input type="checkbox"/> Hépatite | <input type="checkbox"/> VIH |
| <input type="checkbox"/> Herpès | <input type="checkbox"/> Hémophilie | <input type="checkbox"/> Arthrite/Arthrose/Calcification des os |
| <input type="checkbox"/> Eczéma | <input type="checkbox"/> Haute/Basse pression | <input type="checkbox"/> Tendinite/ Bursite/ Fasciite plantaire |
| <input type="checkbox"/> Allergies (fluor, cobalt, nickel), teinture, détergent | <input type="checkbox"/> Troubles rénaux | <input type="checkbox"/> Pied d'athlète |
| <input type="checkbox"/> Terrain allergique | <input type="checkbox"/> Problème cardiaque | <input type="checkbox"/> Onychomycoses |
| <input type="checkbox"/> Vitiligo | <input type="checkbox"/> Insuffisance veineuse/Varices | <input type="checkbox"/> Autres : |
| <input type="checkbox"/> Trouble thyroïdien | <input type="checkbox"/> Phlébite (Syndrome Raynaud) | |

À quand remonte votre dernier bilan sanguin? (si possible, joindre une copie) :

Prenez-vous ou avez-vous déjà pris (6 derniers mois) un des médicaments suivants?

- | | | |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anticoagulants | <input type="checkbox"/> Hormones (homonothérapie diverses) | <input type="checkbox"/> Antibiotiques (doxycycline) |
| <input type="checkbox"/> Accutane | <input type="checkbox"/> Cortisone (spray nasal, crème sur eczéma) | <input type="checkbox"/> Autres : |
| <input type="checkbox"/> Synthroid | | |

Avez-vous subi une chirurgie ou une anesthésie au cours des six derniers mois? Date:

Suivez-vous ou avez-vous suivi une diète dans la dernière année? (végétalien, kéto, sans FODMAP, etc.) :

Avez-vous des carences nutritionnelles diagnostiquées? (Anémie, B12, Protéines, etc.) :

Quelles sont vos habitudes de vie?

QUALITÉ DU SOMMEIL

- Bonne
- Réveil fréquent
- Mauvaise
- Insomnie
- Hypersomnie

HABITUDES DE SOMMEIL

- 0 - 2 heures
- 3 - 6 heures
- 7 - 9 heures
- Plus de 10 heures

HABITUDES ALIMENTAIRES

- Faible appétit
- Appétit vorace
- Satiété normale
- Hyperphagie
- Trouble(s) alimentaire(s):

STRESS (CHOC ÉMOTIF)

- Oui, date :
- Non

HEURES DE TRAVAIL PAR SEMAINE

- Moins de 20 heures
- Entre 30 et 40 heures
- 40 heures et plus
- Retraité
- Arrêt de travail
- Sans emploi

ACTIVITÉ PHYSIQUE

- Tous les jours
- 1 à 3 fois par semaine
- 4 à 6 fois par semaine
- Occasionnellement

- Tabagisme
- Autres dépendances:

ACTIVITÉ(S) SOCIALE(S)

- Occasionnelle à régulière
- Tous les jours
- Isolement social

Sur une échelle de 1 à 10, quel niveau de satisfaction tirez-vous de votre quotidien actuellement?

Quelle(s) marque(s) de produits de beauté (visage, corps et/ou cheveux) utilisez-vous actuellement?

Y a-t-il des endroits que vous n'aimez pas vous faire toucher ou une sensibilité tactile? (tactophobie)

Quel pourcentage de résultats et que souhaitez-vous obtenir avec les produits Davincia®? :

Y a-t-il d'autres informations que vous croyez pertinentes à indiquer à votre professionnel(le)?

Je, soussigné(e), déclare que les informations données ici présentes sont véridiques. Je m'engage à prévenir le ou la professionnel(le) de tous changements futurs sur mes habitudes, conditions de santé et/ou prise de médication. Je comprends que des photos seront utilisées pour évaluer mon progrès.

SIGNATURE

DATE