|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOM : | | PRENOM(S) : |
|  | |  |
| DATE DE PREMIERE VISITE | |  |
| Adresse : | | Anniversaire : |
| Téléphone | | Portable : |
| MORPHOLOGIE | | |
| Grand(e)  Petit(e)  Svelte  Mince | | |
| Maigre  Rondeur  Enveloppé(e) | | |
| HOBBIES: | | |
|  | | |
| ALIMENTATION : | | |
| Viande  Poisson  Légumes  Céréales | | |
| Tubercules  Fruits | Alcool  Pas d’alcool | |
| Fumeur  Non-fumeur | | |
| DIGESTION | | |
| Bonne  Alternée  Médiocre | | |
| MEDICATION: | | |
|  | | |
|  | | |
| ALLERGIES: | | |
|  | | |
| DEMANDE SPECIALES : | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |

**LA FICHE DE L’HOTE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Type de personnes | | | |
| Elancé(e) | Mince | Amazone | Forte |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Points noirs | Rosacée | Rousseurs |  |
| Télangiectasie | **Pustules** | **Hypertrichose** | Pigmentations |
| Vitiligo | Cicatrice | Chéloïdes | Comédons |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LA PEAU DU VISAGE |  | | |
| **NORMALE** | **ANOMALIE DU DERME**  **ATROPHIE OU SEBOSTASEE** | ANOMALIE DE L’EPIDERME  SEBORRHEE OU HYPERSENSIBLE |
| SEBUM | **Léger** |  | Grasse  Acnéique |
| **Normale** |
| HYDRATATION | **Normale** | **Sèche** | Tiraillement |
| KERATINISATION | **Léger** | **Faible** | Gerssures |
| **Normale** | **Sèche** |
| **Desquamée** |
| FOLLICULE | **Léger** | **Faible** |  |
| **Normale** | **Sèche** |
| **Desquamée** |
| RELIEF | **Léger** | **Fin** | Pores dilatés |
| **Normale** | **Serré** | Pores obstrués |
| ELASTICITE | **Léger** | **Faible** |  |
| **Normale** | **Bonne** |
| SENSIBILITE | **Léger** | **Sensible** | Hypersensibilité |
| **Normale** | **Réactive** |
| CIRCULATION | Régulière | Irrégulière | Plaques |

**SIGNES PARTICULIERS**

**DIFFERENCIATION DES FONCTIONS DE LA PEAU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SOINS DES MAINS | | |
| NOM : | | PRENOM(S) : |
| Sexe :  M  F | E-mail : | |
| Adresse : | | Anniversaire : |
| Téléphone | | Portable : |
| ETAT GÉNÉRALE DES MAINS :    Normale  Sèche  Très sèches Atrophiées | | |
| ETATS DES ONGLES:  Normaux  Dures  Cassants Fragiles | | |
| SIGNES PARTICULIERS DES MAINS :  Rousseurs  Pigmentation  Desquamations  Cicatrices | | |
| SIGNES PARTICULIERS DES ONGLES :    Epais  Décollés  Colorés (jaunâtre, vert) Petites taches  Fripés Friables et poudreux  Striées | | |
| MEDICATION / CONTRE-INDICATION | | |
| SOINS PREFERES : | | |
| VERNIS PREFERES : | | |
| OBSERVATIONS: | | |

**LA FICHE DE DIAGNOSE MAINS (1)**

**LA FICHE DE DIAGNOSE MAINS (2)**

|  |
| --- |
| SOINS DES MAINS |
| **FACE INTERNE**  **1 relief** ....................................................................................................................................    **2 cicatrices**  Oui....... Non......  **3 callosités**  Oui....... Non......  **SIGNES PARTICULIERS**  .........................................................................................................................................................  **FACE DORSALE**  **1.état de peau**  ................................................................................................................................................................................  **2. taches**  Oui....... Non......  **3. cicatrices**  Oui....... Non......  **4. espaces inter digitale**  Oui....... Non......  **SIGNES PARTICULIERS**  ................................................................................................................................................................................ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SOINS DES PIEDS | | |
| NOM : | | PRENOM(S) : |
| Sexe :  M  F | E-mail : | |
| Adresse : | | Anniversaire : |
| Téléphone | | Portable : |
| ETAT GENERALE DE LA PEAU DES PIEDS  Normale  Sèche  Très sèche Atrophiée | | |
| ETATS DES ONGLES:  Normaux  Dures  Cassants Fragiles | | |
| SIGNES PARTICULIERS DES PIEDS :  Veines visibles  Pigmentations  Desquamations  Cicatrices | | |
| SIGNES PARTICULIERS DES ONGLES :  Epais  décollés  colorés (jaunâtre, vert) petites taches  Fripés friables et poudreux  Striées | | |
| MEDICATION /CONTRE-INDICATION : | | |
| SOINS PREFERES : | | |
| VERNIS PREFERES : | | |
| OBSERVATIONS: | | |

**LA FICHE DE DIAGNOSE PIEDS (1)**

**LA FICHE DE DIAGNOSE PIEDS (2)**

|  |
| --- |
| SOINS DES PIEDS |
| **1. Etat de peau**  ..........................................................................................................................  **2.** Taches sur les ongles  **Oui....... Non......**  **3.** Présence des auréoles  **Oui....... Non......**  **4.** Présence des callosités.  **Oui....... Non......**  **5.** Veines visibles la face externe.  **Oui....... Non......**  **6.** Veines visibles sur la face interne  **Oui....... Non......**  **7.** Douleurs particulières du talon  **Oui....... Non......**  **AUTRES:**.......................................................................................................................................................................... |

**LA FICHE DE RAPPORT DE THERAPIE**

**ANNEE :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMS** | | **PRENOMS NUMEROS D’HOTE** | | | |
|  | |  | |  | |
| **Date** | **Type de soin** | **Echantillons** | **Vente** | **Observations** | **Pro/RDV** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |