

Data konsultacji.....

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko.....

Wiek.....

płeć K ☐ M ☐

Wykonywany zawód.....

Adres zamieszkania.....

Numer telefonu.....e-mail.....

PROBLEM

1. WYPADANIE WŁOSÓW:

- Nasilenie: ☐ normie ☐ nasilone ☐ nadmierne ☐ okresowe ☐ brak
- Lokalizacja: ☐ ciemieniowa ☐ skronie ☐ czołowa ☐ tonsura ☐ potylicy
☐ uogólnione ☐ brwi, rzęsy ☐ pachy ☐ pachwiny
- Czas trwania: ☐ 0-6 m-cy ☐ 6-12 m-cy ☐ 12-24 m-cy ☐ powyżej roku
- Szampony.....
.....

2. PRZETŁUSZCZANIE WŁOSÓW:

- Nasilenie: ☐ normie ☐ nasilone ☐ nadmierne ☐ okresowe ☐ brak
- Częstotliwość mycia: ☐ codziennie ☐ co 2,3 dni ☐ raz w tygodniu
- Czas trwania: ☐ 0-6 m-cy ☐ 6-12 m-cy ☐ 12-24 m-cy ☐ powyżej roku
- Szampony.....
.....

3. ŁUSZCZENIE SKÓRY GŁOWY:

- Nasilenie: ☐ normie ☐ nasilone ☐ nadmierne ☐ okresowe ☐ brak
- Rodzaj: ☐ suchy ☐ tłusty ☐ miejscowy ☐ uogólniony
- Czas trwania: ☐ 0-6 m-cy ☐ 6-12 m-cy ☐ 12-24 m-cy ☐ powyżej roku
- Inne.....
.....

4. WRAŻLIWOŚĆ SKÓRY GŁOWY:

- Nasilenie: ☐ normie ☐ nasilone ☐ nadmierne ☐ okresowe ☐ brak
- Rodzaj problemu: ☐ świąd ☐ pieczenie ☐ nadwrażliwość na preparaty ☐ trichodynia
- Czas trwania: ☐ 0-6 m-cy ☐ 6-12 m-cy ☐ 12-24 m-cy ☐ powyżej roku
- Inne.....

5. STANY ZAPALNE/ GRUDKI

.....
.....

.....

WYWIAD

1. Czy dany problem występuje u innych członków rodziny? ☐ tak ☐ nie
2. Czy była konieczna wizyta u dermatologa? Powód:.....
3. Czy jest Pani w ciąży? ☐ tak ☐ nie
4. Czy miesiączkuje regularnie? ☐ tak ☐ nie
Antykoncepcja hormonalna:
5. Czy zażywa Pan/Pani jakieś leki? ☐ tak ☐ nie
jakie:.....
6. Czy stosuje Pani/ Pan suplementy?.....
7. Poziom stresu w życiu codziennym? ☐ duży ☐ mały ☐ średni
8. Czy w ostatnim czasie była Pani/Pan poddana: ☐ narkozie ☐ chemioterapii ☐ radioterapii
☐ szczepieniu ☐ antybiotyki.....
9. Czy choruje Pani/Pan na choroby przewlekłe: ☐ tak ☐ nie
jakie:.....
10. Czy jest Pani/Pan pod opieką specjalisty: ☐ tak ☐ nie jakiego.....
11. Czy występują u Pani/Pana zaburzenia odżywiania/wchłaniania: ☐ tak ☐ nie
Nietolerancje pokarmowe:
12. Czy w ostatnim czasie była Pani/Pan na diecie: ☐ tak ☐ nie
13. Czy występuje u Pani/Pana alergia lub uczulenie na jakieś substancje: ☐ tak ☐ nie
14. Czy ma Pani/Pan jakieś części metalowe w organizmie: ☐ tak ☐ nie
15. Jak pielęgnuje Pani/Pan skórę głowy i włosy:
 - Szampon.....
 - Odżywka/maska.....
 - Wcierki/oleje.....
 - Zabiegi chemiczne/termiczne:

TRICHOSKOPIA

TYP SKÓRY GŁOWY : ☐ sucha ☐ tłusta ☐ wrażliwa ☐ nadreaktywna ☐ z erytrodermią ☐ normalna

WYGLĄD I OBJAWY NA SKÓRZE: ☐ zaczerwienie ☐ świąd ☐ pieczenie ☐ ból ☐ suchość ☐ łojotok

WYKWITY SKÓRNE: ☐ plama ☐ grudka ☐ krosta ☐ guzek ☐ blizna ☐ strup ☐ pęknięcie ☐ łuska ☐ przczos ☐ złuszczenie płatowe ☐ złuszczenie otrębiaste ☐ obj. Kebnera

HIPERHYDROZA ☐ miejscowa ☐ uogólniona ☐ brak

HIPERKERATYNIZACJA ☐ miejscowa ☐ uogólniona ☐ okołomieszkowa ☐ tubule ☐ brak

WYDZIELINA G. ŁOJOWYCH ☐ oleista ☐ zalegająca ☐ brak

INTERPRETACJA RODZAJU ŁOJOTOKU:

- ☐ Skóra sucha, odwodniona / Cebulka tłusta
☐ Skóra tłusta / Cebulka tłusta
☐ Hiperhydroza / Cebulka tłusta
☐ Skóra tłusta / Cebulka dystroficzna
☐ Łojotok / Wypadanie włosów
☐ Inne.....

ŁUPIEŻ ☐ Suchy ☐ Tłusty ☐ Kosmetyczny ☐ miejscowy ☐ uogólniony

WARTOŚĆ pH.....

OCENA STANU WŁOSÓW

USZKODZENIA WŁOSA ☐ naturalne ☐ fizyczne ☐ mechaniczne ☐ chemiczne
POWODY USZKODZENIA ☐ trwała ☐ trwałe prostowanie ☐ farby/rozjaśnianie ☐ lakier do włosów

☐ produkty do stylizacji ☐ prostownica/lokówka

JAKOŚĆ WŁOSA ☐ zdrowe ☐ suche ☐ przetłuszczone ☐ zniszczona łuska włosa

KSZTAŁT WŁOSA ☐ prosty ☐ kręcony ☐ falisty ☐ fil-fil

RODZAJE WŁOSÓW ☐ urwane ☐ kręte ☐ paciorkowate ☐ obrączkowate ☐ tulipanowe ☐ wykrzyknikowe

WŁOSY NASTĘPOWE ☐ dużo ☐ niewiele

WŁOSY VELLUS/ ZMINIATURYZOWANE ☐ dużo ☐ mało ☐ uogólnione ☐ miejscowo ☐ brak

DIAGNOSTYKA

UNACZYNIENIE ☐ naczynia proste ☐ naczynia poskręcane ☐ naczynia drzewkowate ☐ wzorec plastra miodu ☐ typ spinek ☐ okołomieszkowe ☐ miejscowe ☐ rozlane

CECHY OKOŁO MIESZKOWE ☐ white dots ☐ yellow dots ☐ black dots ☐ prawidłowe

CHOROBY SKÓRY GŁOWY ☐ ŁZS ☐ LLP ☐ AZS ☐ grzybica ☐ łuszczyca ☐ zapalenia okołomieszkowe

INNE ☐ trychodynia ☐ plaster miodu ☐ cofnięcie linii czołowej ☐ trichokinesis

DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA**Data:**

MORFOLOGIA.....

OB.....CRP.....

FE.....kw.foliowy.....

ferrytyna(magazn. 4 tys. cząsteczek Fe).....

Transferrytyna(białko transp. Fe z krwi do tk.).....

Wit. B12.....Homocysteina.....

Wit. 1,25(OH)2D3.....

Elektrolity: Na.....K.....Mg.....

Zn.....Se.....

AST.....ALT.....

Cholesterol całkowity.....TG.....

TSH.....

fT3.....fT4.....

TG(marker raka tarczycy).....

ANTY TPO(p/ciała p/peroksydazie tarczycowej).....

ANTY TG (p/ciała p/tyreoglobulinie).....

TRAB(p/receptorowi TSH).....

TSI (p/receptorowi TSH- ch.G-B).....

LH(3 dzień).....FSH.....

ESTRADIOL(3 dzień).....

PROGESTERON(22 dzień).....PROLAKTYNA(na czczo).....

ANDROSTENDION.....S-DHEA.....

TESTOSTERON całkowity.....DHT.....

SHGB.....

KORTYZOL.....

ANA-1.....ANA-2.....

Helikobakter Pylorii.....

Glukoza.....HbA1c.....

Insulina.....

Candida albicans.....Histamina.....

Pasożyty.....

BARWA ŚWIECENIA W LAMPIE

WOOD'A.....

Demodex.....

Badanie mykologiczne.....

Badanie mikrobiologiczne.....

DIAGNOSTYKA ŁYSIENIA**ŁYSIENIE:**

- ☐ androgenetic alopecia MAGA, AG ☐ telogen effluvium TE ☐ anagen effluvium AE
☐ Alopecia aerata AA ☐ follicularis decalvans/bliznowaciejące FD ☐ trichotillomania TTM
☐ trichodynia ☐ Idiopatyczne skrócenie anagenu ☐ łysienie starcze

STOPIEŃ PRZERZEDZENIA

- ☐ zanik ☐ mało ☐ miejscowo ☐ dużo

TYP ŁYSIENIA

- ☐ Androgenowe typu męskiego

- ☐ Androgenowe typu żeńskiego

- ☐ Plackowate AA

- ☐ Telogenowe TE

- ☐ Menopauzalne

- ☐ Tarczycowe

- ☐ Sezonowe

- ☐ Łojotokowe

- ☐ Żywieniowe

- ☐ Psychosomatyczne

- ☐ Jatrogenne

- ☐ Bliznowaciejące

- ☐ Choroby skóry głowy

- ☐ Inne

OBSZAR WYPADANIE WŁOSÓW

- ☐ Hormonozależny ☐ Tył głowy

- ☐ Cały obszar głowy ☐ Inne

CECHY MINIATURYZACJI MIESZKÓW

- ☐ Występują ☐ Nie występują

ZESPOŁY MIESZKOWE

- ☐ Przewaga pojedynczych

- ☐ Przewaga podwójnych

- ☐ Przewaga potrójnych, poczwórnych

- ☐ Występują puste mieszki włosowe
"PULL TEST"

- ☐ dodatni TE/AE

- ☐ ujemny AGA

ROZPOZNANIE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ZALECENIA DO PIELĘGNACJI

- preparaty do mycia.....

- preparaty do wcierania.....

suplementacja.....

- zmiany w pielęgnacji.....

WIZYTY/ZABIEGI

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

UWAGI

.....

.....

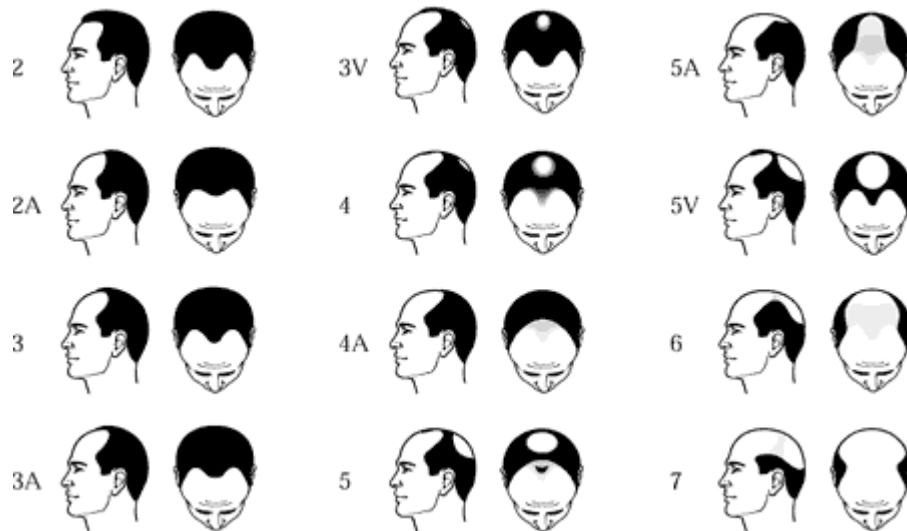
.....

.....

.....

.....

SKALA NORWOODA- HAMILTONA



SKALA M. LUDWIGA

