

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 nasislone nadmierne okresowe brak
- Lokalizacja: ciemieniowa skronie czołowa tonsura potylica
 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 nasislone 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 nasislone 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 nasislone nadmierne okresowe brak
- Rodzaj problemu: świad 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 miesiąckuje 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
 łożotok

WYKWITY SKÓRNE: plama grudka krosta guzek blizna strup
 pęknienie łuska przeczos złuszczanie płatowe złuszczanie 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 paciorekowate obrączkowate tulipanowe wykrzyknikowe

WŁOSY NASTĘPOWE dużo niewiele

WŁOSY VELLUS/ ZMINIATURYZOWANE dużo mało uogólnione miejscowo brak

DIAGNOSTYKA

UNACZYNIENIE naczynia proste naczynia poskręcone naczynia drzewkowate wzorzec plastra miodu typ spinek okołomieszkowe miejscowe rozlane

CECHY OKOŁO MIESZKOWE white dots yellow dots black dots prawidłowe

CHOROBY SKÓRY GŁOWY ŁZS LLP AZS grzybica łuszczycy

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).....
 Transferryna(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 folicularis decalvans/bliznowacjące 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

OBSZAR WYPADANIE WŁOSÓW

- Hormonozależny Tył głowy
 Cały obszar głowy Inne

CECHY MINIATURYZACJI MIESZKÓW

- Występują Nie występują

ZESPOŁY MIESZKOWE

- Sezonowe
 Łojotokowe
 Żywieniowe
 Psychosomatyczne
 Jatrogenne
 Bliznowacjące
 Choroby skóry głowy
 Inne
- Przewaga pojedynczych
 Przewaga podwójnych
 Przewaga potrójnych, poczwórnich
 Występują puste mieszki włosowe
 ” PULL TEST”
 dodatni TE/AE
 ujemny AGA

ROZPOZNANIE

.....

ZALECENIA DO PIELĘGNACJI

- preparaty do mycia.....

 - preparaty do wcierania.....

 suplementacja.....

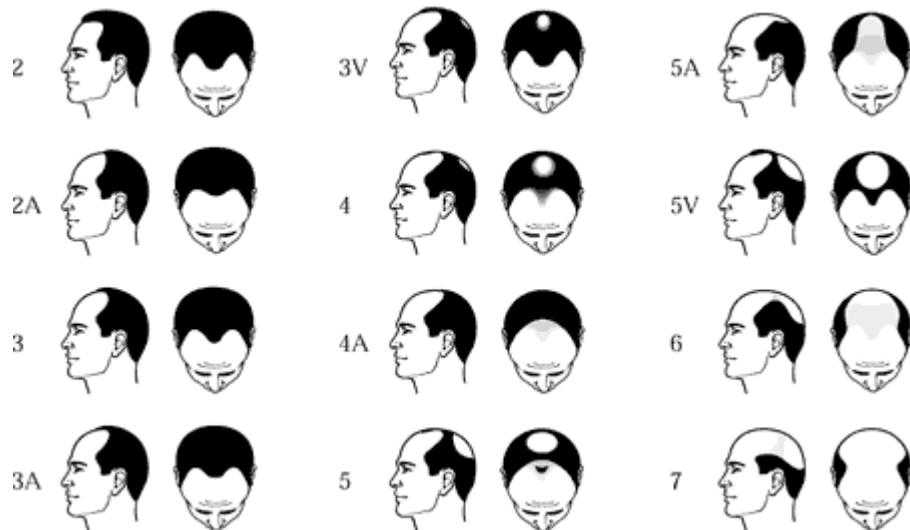
 - zmiany w pielęgnacji.....

KARTA KONSULTACYJNA

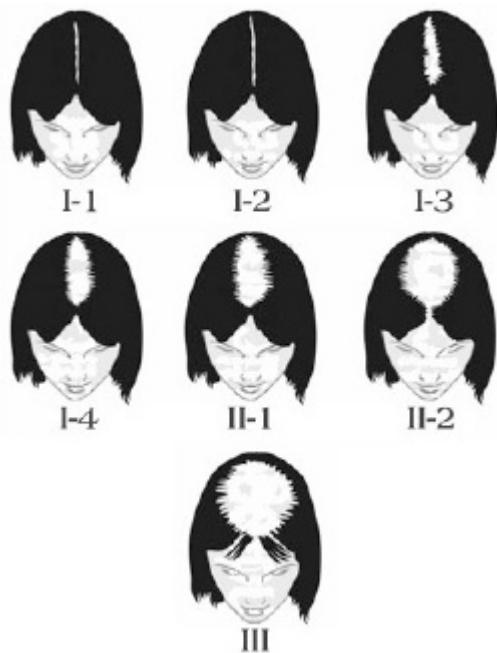
WIZYTY/ZABIEGI

UWAGI

SKALA NORWOODA- HAMILTONA



SKALA M. LUDWIGA



KARTA KONSULTACYJNA