

Formulaire Complet d'Admission des Patients

Formulaire complet d'admission des patients incluant les données démographiques, les antécédents médicaux, les médicaments et les allergies pour les patients des spas médicaux

Informations du Client

Prénom *

Nom *

Adresse E-mail *

Numéro de Téléphone *

Date de Naissance *

JJ / MM / AAAA

Données Démographiques

Genre *

☐ Féminin

☐ Masculin

☐ Non-binaire

☐ Préfère ne pas répondre

Adresse *

Ville *

Province/État *

Code Postal *

Nom du Contact d'Urgence *

Téléphone du Contact d'Urgence *

Antécédents Médicaux

Avez-vous ou avez-vous déjà eu l'une des conditions suivantes ?

- ☐ Trouble auto-immun (Lupus, Polyarthrite Rhumatoïde, etc.)
- ☐ Trouble de saignement ou de coagulation
- ☐ Diabète (Type 1 ou Type 2)
- ☐ Maladie cardiaque ou troubles cardiaques
- ☐ Hypertension
- ☐ Trouble de la thyroïde
- ☐ Trouble convulsif / Épilepsie
- ☐ Hépatite B ou C
- ☐ VIH / SIDA
- ☐ Cancer (actuel ou antécédents)
- ☐ Tendance aux cicatrices chéloïdes
- ☐ Affection cutanée (Eczéma, Psoriasis, Rosacée)
- ☐ Boutons de fièvre / Herpès simplex
- ☐ Aucune de ces conditions

Si oui pour l'une des conditions ci-dessus, veuillez donner plus de détails

Êtes-vous actuellement enceinte ou allaitante ? *

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Incertain

Avez-vous reçu l'un des traitements suivants au cours des 12 derniers mois ?

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Injections de Botox / Neurotoxine | ☐ Comblement dermique | ☐ Peeling chimique |
| ☐ Traitement au laser | ☐ Micro-aiguilles | ☐ Chirurgie faciale |
| ☐ Aucun de ces traitements | | |

Médicaments et Allergies Actuels

Énumérez tous les médicaments actuels (y compris les suppléments et vitamines)

Prenez-vous actuellement des anticoagulants (Aspirine, Warfarine, Ibuprofène, etc.) ? *

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous pris l'Accutane (isotrétinoïne) au cours des 6 derniers mois ? *

- ☐ Oui ☐ Non

Énumérez toutes les allergies connues (médicaments, latex, aliments, etc.) *

Avez-vous déjà eu une réaction allergique à un anesthésique local (p. ex., Lidocaïne) ? *

☐ Oui ☐ Non

Soins de la Peau Actuels

Comment décriveriez-vous votre type de peau ? *

☐ Sèche ☐ Grasse ☐ Mixte
☐ Sensible ☐ Normale

Énumérez vos produits actuels de soins de la peau

Quels sont vos principaux objectifs de traitement ? *

Consentement et Signature

Je certifie que l'information fournie ci-dessus est exacte et complète selon mes meilleures connaissances. Je comprends que le fait de cacher ou de fournir des informations inexactes peut affecter mon plan de traitement et mes résultats. J'accepte de notifier la clinique de tout changement à mon état de santé ou mes médicaments.

Je confirme que j'ai lu et compris l'information ci-dessus et donne mon consentement éclairé.

J'ai lu et comprends l'information ci-dessus: _____

Signature

Date

Nom en lettres majuscules

Date *

JJ / MM / AAAA

Ce formulaire a été fourni gratuitement par Consentify

Consentify transforme des formulaires comme celui-ci en consentement numérique que vos clients signent sur leur propre téléphone via code QR — avec génération automatique de PDF, détection des contre-indications et stockage sécurisé. Plan gratuit disponible sur <https://getconsentify.com>.

Modèle uniquement. Consultez votre professionnel agréé ou un conseiller juridique avant utilisation ; les exigences varient selon la juridiction et la pratique.