

CLAUSE DE NON RESPONSABILITÉ : Cet exemple de formulaire de consentement a un objectif informatif uniquement et n'est pas conçu pour donner des conseils juridiques ou médicaux. Cynosure, Inc. ne fait aucune représentation, garantie, expresse ou tacite ni n'assume la responsabilité de l'exactitude, l'exhaustivité ou l'utilité du contenu de cet exemple de formulaire. Pour obtenir un avis juridique sur la question, veuillez consulter votre avocat.

FORMULAIRE D'ANTECEDENTS MEDICAUX

Nom : _____ Prénom: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Code Postal: _____

Téléphone: Domicile: _____ Travail: _____ Portable: _____

Date de naissance: _____ Sexe: F M

Médecin traitant: _____ Tel: _____

Pharmacie: _____ Tel: _____

Personne à contacter en cas d'urgence: _____ Tel: _____

Quelle(s) partie(s) de votre corps souhaitez-vous traiter? _____

Veuillez répondre à toutes les questions suivantes

OUI NON

1. Souffrez-vous d'une **QUELCONQUE** maladie chronique ou problème de santé à ce jour?
- Indiquez tout antécédent d'urticaire à la chaleur, de diabète, de maladie auto-immune, tout antécédent d'immunosuppression, de trouble sanguin, de cancer, d'infection bactérienne ou virale, toute affection cutanée due à la photosensibilité, toute maladie pouvant compromettre de façon significative la réaction de cicatrisation, ou toute autre condition ou maladie.*

Veuillez les énumérer: _____

2. Souffrez-vous d'une **QUELCONQUE** maladie chronique ou temporaire de la peau ?
- Indiquez également tout antécédent de vitiligo, de mélasma, de psoriasis, d'eczéma, de dermatite allergique, toute maladie affectant le collagène tel le syndrome d'Ehlers-Danlos, la sclérodermie, les cancers de la peau, ou toute autre maladie de peau.*

Veuillez les énumérer: _____

3. Êtes-vous actuellement suivi par un médecin? Si oui, pour quelle raison?

4. Prenez-vous des médicaments (sur ou sans ordonnance), des vitamines, des compléments naturels ou à base de plantes, de manière régulière ou quotidienne?

Veuillez les énumérer: _____

5. Appliquez-vous sur votre peau des produits topiques (medical ou non) régulièrement ou quotidiennement?

Veuillez les énumérer: _____