

## EXEMPLE FICHE EXAMEN CUTANE

VISAGE ET COU			
Nom Institut .....	Nom de la cliente .....	Adresse .....	
Adresse .....	Prénom .....	.....	
.....	Date de naiss.....	.....	
.....	Profession .....	.....	
Tel .....	.....	Tel .....	
Fiche établie par .....	.....	Le .....	
OBSERVATION VISUELLE GENERALE			
<b>Couleur de la peau : ( carnation )</b>  <input type="checkbox"/> Laiteuse <input type="checkbox"/> Claire <input type="checkbox"/> Mate <input type="checkbox"/> Métisse <input type="checkbox"/> Noire	<b>Teint :</b>  <input type="checkbox"/> Rosé <input type="checkbox"/> Rouge <input type="checkbox"/> Doré <input type="checkbox"/> Olivâtre <input type="checkbox"/> Gris <input type="checkbox"/> Terne <input type="checkbox"/> Brouillé	<b>Eclat :</b>  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  <b>Uniformité :</b>  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>Type racial :</b>  <input type="checkbox"/> Européen <input type="checkbox"/> Méditerranéen <input type="checkbox"/> Asiatique	<input type="checkbox"/> Indien <input type="checkbox"/> Africain <input type="checkbox"/> Créole		
<b>Couleur des cheveux :</b>  <input type="checkbox"/> Blanc <input type="checkbox"/> Gris <input type="checkbox"/> Roux <input type="checkbox"/> Blond clair <input type="checkbox"/> Blond foncé <input type="checkbox"/> Châtain clair <input type="checkbox"/> Châtain foncé <input type="checkbox"/> Brun <input type="checkbox"/> Noir	<b>Nuances :</b>  <input type="checkbox"/> Cendrée <input type="checkbox"/> Dorée <input type="checkbox"/> Cuivrée <input type="checkbox"/> Acajou/auburn <input type="checkbox"/> Voline <input type="checkbox"/> Bleutée		
<b>Couleur des yeux :</b>  <input type="checkbox"/> Gris <input type="checkbox"/> Bleu <input type="checkbox"/> Vert	<input type="checkbox"/> Noisette <input type="checkbox"/> Brun <input type="checkbox"/> Noirs		
Anomalies pigmentaires			
	Oui = X	Localisation	
Tâches de rousseur			
Grains de beauté			
Lentigo (taches colorées)			
Achromie (tache blanche)			
Chloasma(taches de grossesse)			
Anomalies vasculaires			
	Oui = X	Localisation	
Rougeurs diffuses			
Couperose			
Angiome			
Points rubis			
Naevius vasculaire			
Anomalies pileuses			
	Oui = X	Localisation	
Duvet clair			
Duvet sombre			
Naevius pileux			
Imperfections			
<input type="checkbox"/> Kyste cutané <input type="checkbox"/> Verrues <input type="checkbox"/> Cicatrices			
<input type="checkbox"/> Autres :			

ENQUETE ORALE			
<b>Confort :</b>	<input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Tiraillements <input type="checkbox"/> Gêne esthétique	<b>Tenue du maquillage :</b>	<input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise
<b>Habitudes cosmétiques :</b>			
<b>Antécédents médicaux/ Traitement en cours :</b>			
<b>Hygiène de vie :</b>	<input type="checkbox"/> Tabac <input type="checkbox"/> Insomnies <input type="checkbox"/> Alcool	<input type="checkbox"/> Alimentation <input type="checkbox"/> Sport	
<b>Allergies :</b>			
<b>Ensoleillement :</b>			
<b>Facteur hormonal :</b>			
<b>Chirurgie esthétique :</b>			
<b>Transpiration :</b>			
<b>Divers :</b>			
OBSERVATIONS VISUELLES SPECIFIQUES			
<b>Aspect :</b>	<input type="checkbox"/> Mat <input type="checkbox"/> Satiné <input type="checkbox"/> Brillant <input type="checkbox"/> Dévitalisé <input type="checkbox"/> Fatigué	<b>Grain de peau :</b>	<input type="checkbox"/> Fin <input type="checkbox"/> Grossier <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Irrégulier
<b>Ostias:</b>	<input type="checkbox"/> Dilatés <input type="checkbox"/> Serrés <input type="checkbox"/> Comédons	<b>Imperfections :</b>	<input type="checkbox"/> Desquamation <input type="checkbox"/> Dartres <input type="checkbox"/> Folliculites <input type="checkbox"/> Microkystes <input type="checkbox"/> Vaisseaux dilatés <input type="checkbox"/> Irritations
<b>Yeux :</b>	<input type="checkbox"/> Poches <input type="checkbox"/> Cernes <input type="checkbox"/> Gonflements		
<b>Vieillessement :</b>	<input type="checkbox"/> Epiderme dense <input type="checkbox"/> Relâché <input type="checkbox"/> Sillons marqués	<b>Age apparent :</b>	<input type="checkbox"/> - de 20 <input type="checkbox"/> 20/30 <input type="checkbox"/> 30/40 <input type="checkbox"/> 40/50 <input type="checkbox"/> 50/60 <input type="checkbox"/> 60/70 <input type="checkbox"/> 70/80 <input type="checkbox"/> + de 80

	Oui = X	Localisation
Ridules		
Rides		
Affaissement des traits/Perte de tonicité		
<b>EXAMEN PALPATOIRE</b>		
<b>Toucher :</b> <input type="checkbox"/> Doux <input type="checkbox"/> Rugueux <input type="checkbox"/> Granuleux <input type="checkbox"/> Huileux	<b>Epaisseur :</b> <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Fine <input type="checkbox"/> Epaisse	
<b>Elasticité :</b> <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Réduite	<b>Fermeté :</b> <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Réduite	
<b>Tonicité :</b> <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Réduite		
<b>Atonie/ptose :</b> <b>Flaccidité :</b> <b>Sensibilité :</b> <b>Hydratation :</b>	<b>Localisation :</b> <b>Localisation :</b> <b>Rougisement aux pincements :</b> <b>Ridules à la mobilisation des tissus :</b>	
<b>LAMPE DE WOOD</b>		
<b>Observations :</b>	<b>Conclusion :</b>	
<b>MESURES</b>		
Hydratation		
Sébum		
Elasticité		
pH		
Irritabilité		
<b>CONCLUSIONS</b>		
<b>ANALYSE</b>		
<b>Problèmes :</b>	<b>Besoins :</b>	

