

**Clinique Santé Capillaire**

|  |  |
| --- | --- |
| Prénom : |  |
| Nom : |  |
| Âge : |  |
| Sexe : |  |
| Nationalité : |  |
| Profession : |  |
| Décrire votre perte de cheveux : |  |
| Décrire vos problèmes de cuir chevelu : |  |
| Problèmes de santé ou maladies passées : préciser en quelle année. |  |
| Problèmes de santé ou maladies actuelles : |  |
| Interventions chirurgicales : préciser en quelle année |  |
| Fractures : préciser en quelle année |  |
| Accidents : Préciser en quelle année. |  |
| Allergies, intolérances : |  |
| Visites chez votre médecin de famille |  |
| Visites chez un spécialiste |  |
| Prescriptions : |  |
| Consommation de produits naturels |  |
| Adresse complète |  |
| Téléphone :  Télécopieur : |  |
| Courriel : |  |