



BIOPHORA™

science made simple
La science en toute simplicité

EVALUATION PEAU BIOPHORA

NOM : _____ **ÂGE :** ___ **M ou F** ___ **Date :** _____

Comment voulez-vous améliorer votre peau ? (Le visage__ le cou__ la poitrine__ le dos__ les mains__

Ou autre _____

Quel est votre routine de soins de peau actuelle et quels produits utilisez-vous? Jour et Nuit

Avez-vous déjà vu un médecin pour votre peau ? Si oui

Pourquoi ? _____

Êtes-vous enceinte __ Allaites-vous présentement __ Avez-vous des feux sauvages __ À quelle fréquence __

À quand la dernière fois __ Avez-vous déjà utilisé Accutane __ Depuis quand _____ Pour combien de temps _____

Quels sont les médicaments topiques ou oraux utilisés ou déjà utilisés:

Acné __ Rétin-A __ Acide Glycolique __ Herbe __ Antibiotique __ Diurétiques __ Autres __

Hormones __ anovulant __ ou autre médication sur une base régulière: _____

Sensibilité

Avez-vous déjà eu une allergie de la peau? _____ Cosmétique __ Aspérine __ Latex __ Ananas ou papaye __

Éruptions cutanées __ ou autres allergies: _____

Exposition aux radicaux libres

Fumez-vous __ si oui Combien Alcool __ si oui combien par semaine: _____

Essayer-vous de maintenir un bon régime alimentaire _____

Faites-vous de l'exercice __ La Fréquence _____

Prenez-vous des suppléments __ des vitamines _____ Autres _____

Hormones

Avez-vous un cycle régulier __ Êtes-vous ménopausé __

Durand la grossesse avez-vous souffert d'hyperpigmentation __ ou masque de grossesse __

Pigmentation : Comment bronze votre peau

Brûle toujours __ Brûle habituellement __ Brûle parfois __ Brûle rarement __ Brûle facilement __ Ne brûle jamais __

Ne brûle jamais (peau foncé) Pigmentation égale __ Pigmentation inégale __ Cicatrice d'acné __ Tâche de naissance __

Autres __

Vascularité

Capillaires brisés : Le Nez __ Les joues __ Le front __ Visage entier __

Acné : Avez-vous une historiques d'acné __ Irruptions périodiques __ Pores visibles __

Avez-vous : Boutons __ Points noirs __ têtes blanches __ Pores dilatées __ Effritement __ Kystes __

Rides : Profondes __ Pattes d'oie __ Rides Superficielles __

Type de peau : Avez-vous la sensation de tiraillements et peau sèche : Souvent __ Parfois __ Rarement __

Votre peau a-t-elle un aspect huileux quelques heures seulement après le nettoyage :

Souvent __ Parfois __ Rarement __

À quelle fréquence avez-vous des points noirs ou imperfections : Souvent __ Parfois __ Rarement __

Aptitude à guérir : Faites-vous des cicatrices surélevées suite à une blessure ou coupure __ Peau fragile __

Utilisez-vous de la cire ou un appareil dépilatoire sur votre visage __ Traitement laser __

Historique de soleil : Vous ou un membre de votre famille a-t-il déjà été diagnostiqué pour un cancer de la peau __

Quel pourcentage de temps passez-vous au soleil : **Été** _____ **Hiver** _____ **Écran solaire** Oui __ Non __ parfois __

En combien de temps voulez-vous voir une amélioration de votre peau _____

Médecin/Technicienne _____ **Date :** _____

Patient(E) _____ **Date :** _____