



Dossier CLIENT

Date : _____

Vous

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Âge : _____ Date de naissance : _____

Téléphone maison : _____ Téléphone travail : _____

Cellulaire : _____ Courriel : _____

Occupation : _____ Meilleur moment pour vous joindre : _____

Où avez-vous entendu parler de nous ? _____

OBSERVATION

Fiche technique

Vos cheveux

- naturels colorés décolorés permanentés fins et cassants
- mous ternes crépus défrisés

Vos soins

1. Combien de fois lavez-vous vos cheveux par semaine?

- 1 fois 2 fois 3 fois plus de 3 fois à tous les jours

2. Quels produits utilisez-vous?

Shampoings : _____

Conditionneurs : _____

Produits coiffants : _____

3. Après combien de jours vos cheveux deviennent-ils gras? _____

Votre histoire

1. Quelles sont vos attentes par rapport à cette rencontre :

- Stabiliser et contrôler ma perte de cheveux  Quand avez-vous commencé à perdre vos cheveux ? _____
- Favoriser la repousse
- Traiter un problème spécifique  Lequel _____ Depuis quand? _____
- Avoir plus de cheveux

2. Avez-vous consulté un spécialiste à ce sujet ? _____

Si oui, lequel : Médecin de famille Dermatologue Coiffeur Autre : _____

3. Au cours de cette visite, vous-a-t'on prescrit un médicament? Oui Non

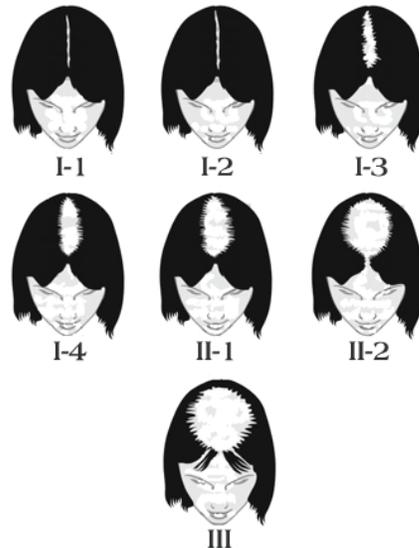
Si oui, lequel : _____ Quel est son mode d'action : _____

4. Brossez-vous régulièrement vos cheveux? Oui Non

5. Avez-vous des antécédents héréditaires du côté paternel ou maternel ?

À partir des modèles proposés, choisissez le plus ressemblant pour chacun des membres de votre famille, vivant ou décédé, en précisant, à 5 ans près (si décédé, âge du décès) le numéro correspondant au stade :

		Branche maternelle		Branche paternelle				
	Âge	Stade		Âge	Stade		Âge	Stade
Père	_____	_____	Grand-père	_____	_____	Grand-père	_____	_____
Mère	_____	_____	Grand-mère	_____	_____	Grand-mère	_____	_____
Frère	_____	_____	Oncle	_____	_____	Oncle	_____	_____
Frère	_____	_____	Oncle	_____	_____	Oncle	_____	_____
Soeur	_____	_____	Tante	_____	_____	Tante	_____	_____
Soeur	_____	_____	Tante	_____	_____	Tante	_____	_____



6. Quels traitements avez-vous suivis jusqu'à maintenant?

Minoxidil Finastéride Cortisone Autre : _____

7. Quelle est l'urgence de votre situation? De 1 à 10, 10 étant le plus urgent : _____

Votre santé générale

1. Avez-vous subi une opération ou une intervention chirurgicale sous anesthésie générale?

Si oui, quand? _____

2. Avez-vous des allergies?

Si oui, lesquelles : _____

3. Avez-vous pris des antibiotiques au cours des 3 ou 4 derniers mois? Oui Non

4. Prenez-vous des calmants ou antidépresseurs? Oui Non

5. Avez-vous des problèmes de glande thyroïde? Si oui, le problème est-il contrôlé? Oui Non

6. Suivez-vous un régime amaigrissant? Oui Non

7. Vivez-vous un stress chronique? Oui Non

8. Avez-vous vécu un choc émotif récemment? Oui Non
9. Fumez-vous? Oui Non
10. À quand remonte votre dernière prise de sang? Moins de 1 an Plus de 1 an
11. Avez-vous suivi des traitements de chimiothérapie ou de radiation crâniale? Oui Non
12. Prenez-vous des suppléments alimentaires? Oui Non
13. Avez-vous une saine alimentation? Oui Non
14. Faites-vous de l'exercice régulièrement ? Oui Non
15. Dormez-vous de 8 à 10 heures par jour? Oui Non

**Section à remplir par les femmes seulement*

- *16. Prenez-vous la pilule anticonceptionnelle ou des hormones de substitution? Oui Non
- *17. Combien de grossesses avez-vous eues ? _____
- *18. Etes vous en pré-ménopause ou en ménopause? _____

Votre cuir chevelu

1. Avez-vous des pellicules? Oui Non Si oui, depuis quand ? _____
 Restent-elles sur le cuir chevelu ou tombent-elles sur vos épaules? _____
 Utilisez-vous présentement un shampoing anti-pelliculaire? _____
2. Avez-vous des démangeaisons? Oui Non
3. Avez-vous le cuir chevelu irrité ? Oui Non
4. Avez-vous déjà eu des affections comme l'eczéma ou le psoriasis sur votre cuir chevelu? Oui Non
5. Vous considérez que votre cuir chevelu est : Sec Gras

Perte et amincissement des cheveux

1. Avez-vous constaté un affinement de vos cheveux? Oui Non Si oui, depuis quand ? _____
 À l'adolescence Entre 20 et 30 ans Entre 30 et 40 ans Entre 40 et 50 ans Après 60 ans
2. Votre perte de cheveux est :
- Prédominante sur la zone frontale Prédominante sur les golfes temporaux frontaux
 Prédominante sur le vertex Diffuse sur le dessus
 Profuse sur le crâne au complet Plaques bien délimitées
3. Considérez-vous que vos cheveux tombent anormalement présentement? Oui Non
 Si oui, depuis combien de temps? _____
4. Comment qualifieriez-vous votre perte de cheveux?
- Intensité : Faible Moyenne Forte
 Fréquence : Continue Intermittente Saisonnière
5. Selon-vous quelle est la cause de votre perte de cheveux ?
- Stress personnel ou professionnel Choc psychologique
 État de santé général, traitement médical, maladie Hérité

Vos priorités

1. Quel problème vous dérange le plus relativement à vos cheveux?

- La chute anormale de mes cheveux
- L'affinement progressif des mes cheveux
- Cheveux gras près de la racine
- Cheveux gras sur la longueur
- Cheveux ternes, mous et fins
- Cheveux secs, cassants et fragiles
- Démangeaisons au cuir chevelu
- Les pellicules
- Autre : _____

Notes

OBSERVATION

* À remplir par le trichologiste

👁 Visuel

Général

- Rougeurs
- Cuir cheveu d'aspect luisant
- Essaimage sur le visage
- Pellicules sur les épaules
- Perte de cheveux
- Psoriasis
- Eczéma
- Autre : _____

Visuel : Homme

- Vertex ouvert
- Récession frontale ouverte
- Affinement sur le dessus (cheveux clairsemés)
- Alopécie séborrhéique (affinement)
- Pelade
- Autre : _____
- Calvitie :
 - Phase 1 : pityriasis simplex (pellicules sèches)
 - Phase 2 : pityriasis stéatoïde (pellicules grasses)
 - Phase 3 alopécie séborrhéique (calvitie)
 - Phase 4 calvitie hippocratique

Visuel : Femme

- Alopécie : Diffuse Profuse Alopécie séborrhéique à forme masculine Pelade
- Autre : _____

Visage

- Gras
- Sec
- Rougeurs
- Acné
- Essaimage (sourcils, plis nasolabiaux, etc.)
- Autre : _____

Analyse

Votre examen capillaire

Vaisseaux sanguins : Visibles Non visibles
Entonnoirs folliculaires : Dilatés Engorgés
Dépôts : Oui Non

Pellicules : Sèches Grasses
Cuir chevelu : Gras Sec
Cheveu : Gras Sec

Tige : _____

Soin de dépôt

Photos : avant (4) après (4)

Date du soin de dépôt : _____

Conclusion

Programme à domicile

Shampooing (immédiatement)

1. _____
2. _____
3. _____

Lotion (après 15 jours)

1. _____
2. _____
3. _____

Notes : _____

Date du rendez-vous de suivi (30 min.) : _____

Appel de suivi fait par : _____ Date : _____

Notes: _____

Rendez-vous de suivi (30 jours)

Examen capillaire (prévisualisation)

Vaisseaux sanguins : Visibles Non visibles
Entonnoirs folliculaires : Dilatés Engorgés
Dépôts : Oui Non

Pellicules : Sèches Grasses
Cuir chevelu : Gras Sec
Cheveu : Gras Sec

Tige : _____

Prochain soin recommandé :

- Bain d'hydratation Mue saisonnière
 Trempage bactéricide Soin de dépôt
 Soin de tige
 Soin spécifique (selon le lexique de Trichologie) : _____
 Autre : _____

Date de votre prochain rendez-vous (dans 30 jours) : _____

