



Formulaire d'admission du patient pour un traitement aux neuromodulateurs

Informations Générales sur le Patient :

- Prénom et Nom : _____
- Date de Naissance : _____ Âge : _____
- Adresse : _____
- Ville : _____ Province : _____
- Téléphone : _____
- Courriel : _____
- Profession : _____
- Sexe : Homme Femme

Pour les Femmes :

Êtes-vous actuellement enceinte, allaitez-vous ou essayez-vous de concevoir ?

Oui Non

(Vous ne pouvez pas recevoir de traitements neuromodulateurs ou de comblement si vous êtes enceinte, allaitez ou essayez de concevoir.)

Antécédents Médicaux :

- **Médicaments :**

Médicaments que vous prenez actuellement ou avez récemment arrêté de prendre :

- **Allergies :**

Lait Guêpe/Abeille

Autres allergies : _____

- **Conditions Médicales et Maladies Récentes :**

- **Blessures ou Hospitalisations Antérieures :**

- **Antécédents familiaux** (cancer, problèmes cardiovasculaires, diabète, problèmes psychologiques, etc.) :

Problèmes de Santé :

Avez-vous des antécédents dans les cas suivants ? Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

- Bouton de fièvre (herpès)
- Mélasma
- Acné
- Psoriasis
- Eczéma

- Cicatrices chéloïdes (épaisses)
 - Hyper/hypopigmentation
 - Déséquilibre thyroïdien
 - Lupus
 - Hémophilie
 - Polymyosite
 - Cancer de la peau
 - Polyarthrite rhumatoïde
 - Dystrophie musculaire
 - SLA ou sclérose en plaques
 - Syndrome de Guillain-Barré
 - Autre maladie auto-immune ou neurologique :
-

Domaines à Aborder ou à Discuter pour le Traitement :

- Ridules fines/profondes
 - Rides dynamiques
 - Visage fatigué
 - Maux de tête (céphalées)
 - Grincement de dents (Bruxisme)
-

Avez-vous déjà eu ?

- BOTOX® / Dysport® / Xeomin®
 - Produits de comblement cutané
 - Lasers faciaux
 - Chirurgie du visage
 - Produits de comblement ou implants permanents
-

À quand remonte la dernière fois que vous avez suivi un traitement neuromodulateur (c'est-à-dire BOTOX®) ?

Avez-vous déjà eu une mauvaise réaction aux neuromodulateurs (c'est-à-dire BOTOX® / Dysport® / Xeomin®) ?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser : _____

Signature du Patient :

_____ **Date :** _____

Signature du Docteur :

_____ **Date :** _____