

HISTORIQUE MEDICAL

Afin de vous apporter les soins les plus attentionnés, je vous serai reconnaissant de bien vouloir remplir avec attention le questionnaire médical confidentiel suivant:
Dr Nathalie GHIBAUDO

- Etes-vous enceinte ou allaitez-vous? Oui Non
-
- Avez-vous des antécédents d'allergie sévère ou très sévère? Oui Non
- Si oui, lesquels:.....
-
- Avez-vous déjà eu recours à des traitements par des produits de comblements des rides? Oui Non
- Si oui quand?.....Lesquels?.....
-
- Avez-vous présenté des effets secondaires?
- Lesquels:.....
- Avez-vous déjà eu des maladies affectant le système immunitaire (système responsable de la protection de l'organisme comme les infections)?
Oui Non
- Avez-vous des infections au niveau de la peau (herpès, acné, etc.....) ou des problèmes d'inflammation? Oui
Non
- Si oui veuillez préciser.....
-
- Souffrez-vous de maux de gorge à répétition? Oui Non
-
- Souffrez-vous d'épilepsie? Oui Non
-
- Avez-vous des difficultés de cicatrisation? Oui Non
-
- Souffrez-vous de porphyrie? (présence de porphyrines dans les urines)?
Oui Non
- Souffrez-vous de maladies cardiaques? (hypertension ou autre)?
Oui Non
- Si oui préciser:.....
-
- Souffrez-vous de maladies neuromusculaire? Oui Non
- Si oui lesquelles.....
-
- **Si vous répondez positivement à l'une des questions ci-dessus, il se peut que votre médecin injecteur vous pose davantage de questions. Il se peut que la procédure soit annulée si votre médecin estimait qu'elle représenterait un quelconque risque votre santé.**
- Merci de signer avec la mention « lu et approuvé ».
-
- Nom: Signature:
- Date: