

QUESTIONNAIRE MEDICAL

INJECTABLES ART FILLER® NCTF® M-HA 18®

1. INFORMATIONS ADMINISTRATIVES DU PATIENT

Titre : _____ Nom : _____ Prénom : _____

☐ Homme ☐ Femme

Date de naissance : _____ / _____ / _____

Adresse : _____

Téléphone Portable : _____

Profession : _____

Poids : _____ Taille : _____

2. INFORMATIONS MODE DE VIE DU PATIENT

☐ Tabac Si oui, combien : _____

Si arrêt, quand : _____

Alcool : ☐ Consommation régulière ☐ Consommation modérée

Exercice physique : ☐ Régulier ☐ Occasionnel

Quel type : _____

☐ Régime nutritionnel ou alimentaire

Quel type : _____

☐ Utilisation de produits cosmétiques visage ☐ Oui ☐ Non

Si oui lesquels : _____

POUR LES FEMMES

Êtes-vous enceinte ou allaitez-vous ? ☐ Oui ☐ Non

Date de vos dernières règles : _____ / _____ / _____

3. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez le traitement : _____

☐ Cicatrices chéloïdes _____

☐ Herpes _____

☐ Cancer de la peau _____

☐ Acné ou psoriasis dans les zones à traiter _____

☐ Infections récidivantes à staphylocoque (*angine, rhumatisme articulaire aigu*) _____

☐ Épilepsie _____

☐ Diabète _____

☐ Tachycardie _____

☐ Hépatite _____

☐ Maladie affectant les troubles de la coagulation

☐ Maladie auto immunes (*polyarthrite rhumatoïde, maladie de Crohn*)

☐ Rhumatisme articulaire chronique _____

☐ Allergies (*asthme...*) ou intolérances (*alimentaires, médicaments, acide hyaluronique, latex...*)

☐ Affections ORL _____

☐ Troubles de cicatrisation _____

☐ Autres, précisez : _____

Avez-vous déjà été traité pour une réaction allergique sévère : ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous sous traitement actuellement ?

- | | |
|--|---|
| ☐ Aspirine | ☐ Immunosuppresseurs |
| ☐ Anti-inflammatoires | ☐ Roaccutane ou isotrétinoïde durant ces 6 derniers mois |
| ☐ Vitamines | ☐ Autres : _____ |

Avez-vous eu un traitement dentaire chirurgical (abcès par exemple) dans les 2 derniers mois : ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous allergique aux anesthésiants comme la lidocaïne : ☐ Oui ☐ Non

4. AVEZ-VOUS DES ANTÉCÉDENTS DE TRAITEMENTS ESTHÉTIQUES

☐ Injection d'acide hyaluronique

Date : ____ / ____ / ____ Zone : _____ Nom : _____

Résultats : _____ Suite : _____

☐ Injection de produits permanent ou semi-permanent

Date : ____ / ____ / ____ Zone : _____ Nom : _____

Résultats : _____ Suite : _____

☐ Traitement de revitalisation de la peau par mésothérapie

Date : ____ / ____ / ____ Zone : _____ Nom : _____

Résultats : _____ Suite : _____

☐ Injection de toxine botulique

Date : ____ / ____ / ____ Zone : _____ Nom : _____

Résultats : _____ Suite : _____

☐ Peeling

Date : ____ / ____ / ____ Zone : _____ Nom : _____

Résultats : _____ Suite : _____

☐ Laser

Date : ____ / ____ / ____ Zone : _____ Nom : _____

Résultats : _____ Suite : _____

☐ Opération de chirurgie esthétique

Date : ____ / ____ / ____ Type d'intervention : _____

Résultats : _____ Suite : _____

DATE : ____ / ____ / ____

LIEU : _____

SIGNATURE :

Vous êtes sur le point de recevoir une injection du produit : Ce questionnaire vous est remis par afin de collecter des informations relatives à votre état de santé. Le recueil de ces informations est obligatoire préalablement à la réalisation de l'injection afin de déterminer si celle-ci peut être effectuée sans danger vis-à-vis de votre état de santé. Ces données personnelles seront conservées pour une durée de vingt ans à compter de la date de votre dernière consultation, conformément aux dispositions de l'article R.1112-7 du Code de la santé publique applicable aux professionnels de santé. Dans le cas où il y a recours à un prestataire hébergeur tiers certifié : Vos données personnelles sont hébergées sur les serveurs de, qui dispose d'un agrément délivré en application de l'article L.1111-8 du Code de la santé publique. Le médecin en charge des injections est garant de la confidentialité de ces données. Vous pouvez vous opposer à l'externalisation de vos données soit en contactant directement le médecin soit en contactant directement l'hébergeur de données de santé par courrier postal ou à l'adresse électronique suivante : Seuls ont accès à ces informations le médecin en charge des injections et, dans une certaine mesure, au regard de la mission qu'il exerce, son personnel. Ces informations pourront également être transmises, sous réserve de votre consentement, à d'autres professionnels de santé. La société LABORATOIRES FILL-MED n'est pas destinataire de ces informations et n'y a pas accès. Vous pouvez vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique Bloctel : <https://conso.bloctel.fr/index.php/inscription.php>. Vous disposez de droits d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement, de limitation du traitement de vos données personnelles, d'un droit à la portabilité de celles-ci ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès. Pour toute question relative à la protection de vos données ou pour exercer vos droits, vous pouvez vous adresser directement au médecin en charge des injections. En cas de difficultés, vous pouvez également saisir la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) d'une réclamation. **Contact vigilance (notification des effets indésirables) : vigilance@fillmed.com.**