

Confidentiel. A remettre directement au médecin.

Nom & Prénom		Age : _____
Avez-vous des antécédents médicaux ou chirurgicaux ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui, préciser la nature et la raison.		
Suivez-vous un traitement médical actuellement ? (diabète, dépression, allergie, cancer, trouble hormonal ou immunitaire) ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui, préciser le type, le dosage, la durée et la raison.		
Avez-vous déjà reçu des injections d'acide hyaluronique ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui. Préciser la zone traitée. Avez-vous eu des réactions indésirables suite à ces injections ?		
A votre connaissance, souffrez-vous d'une hypersensibilité au mannitol ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui		
Avez-vous déjà reçu des injections dans la zone génitale ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui. Préciser la nature du produit employé.		
Avez-vous des problèmes identifiés de cicatrisation ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui		
Autres :		
Etes-vous actuellement sous traitement coagulant ou souffrez-vous de troubles de la coagulation ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui. Préciser lequel et depuis quand.		
Etes-vous enceinte ou allaitez-vous ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui		
Etes-vous ou avez-vous été sous traitement anti-cancéreux ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui. Préciser les produits, les dates de traitement et les zones concernées.		
Souffrez-vous d'allergies (médicaments, aliments, cosmétiques, latex, métaux...) <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui. Préciser les produits et les dates de traitement.		
Souffrez-vous ou avez-vous des antécédents familiaux de maladies auto-immunes ou affectant le système immunitaire ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui. Préciser la nature et l'évolutivité.		

Souffrez-vous d'une maladie d'origine streptococcique (angines récidivantes, rhumatismes articulaires aigus...)

Non

Oui. Préciser le type et si complication cardiaque.

Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'un problème infectieux ou inflammatoire ?

Non

Oui. Préciser le type, la localisation et le traitement.

Faites-vous du sport à haut niveau ?

Non

Oui

Avez-vous eu des problèmes suite à une anesthésie ?

Non

Oui



Etiquettes DESIRIAL :

Etiquettes DESIRIAL PLUS :

DESIRIAL :

Volume injecté : _____ ml

DESIRIAL PLUS :

Volume injecté : lèvre droite : _____ ml

lèvre gauche : _____ ml

Date :

Signature :