

**QUESTIONNAIRE MEDICAL
AVANT INJECTION DE TEOSYAL®**

Soumis au secret médical.
A remettre directement au médecin.

Nom : **Age :**
Prénom : Homme Femme

Avez-vous des antécédents médicaux ?
 non oui, précisez :

Avez-vous subi des interventions chirurgicales ?
 non oui, précisez :

Suivez-vous un traitement médical actuellement ?
 non oui, précisez :

Avez-vous réalisé des actes esthétiques ?
 non Oui, précisez : (laser, peeling, lifting, liposuccion, ...)
.....

Avez-vous eu des injections dans les rides ?
 non
 oui, merci de cocher sur la photo ci-après les zones où les injections ont été réalisées :

