

Connaissez-vous le nom du produit injecté ?

non oui, précisez :

Date d'injection
(mois et année)

Nom du produit

(Artecoll®, Aquamid®, Collagène®, Esthélis®,
Dermalive®, Surgiderm®, Hylaform®, Juvederm®,
Restylane®, Perlane®, Silicone®, ...)

Date d'injection (mois et année)	Nom du produit (Artecoll®, Aquamid®, Collagène®, Esthélis®, Dermalive®, Surgiderm®, Hylaform®, Juvederm®, Restylane®, Perlane®, Silicone®, ...)

Avez-vous eu des réactions d'intolérance à la suite des injections ?

non oui, précisez :

Avez-vous eu des problèmes de cicatrisation ?

non oui, précisez :

Souffrez-vous d'allergies (asthme, allergies aux médicaments, aliments, cosmétiques, latex, ...) ?

non oui, précisez :

Souffrez-vous d'une maladie auto-immune ou affectant le système immunitaire ?

non oui, précisez :

Souffrez-vous d'une maladie affectant la glande thyroïde ?

non oui, précisez :

Souffrez-vous fréquemment d'angines, de rhumatismes, ... ?

non oui, précisez :

Avez-vous des problèmes de réactions cutanées, de type herpétique, infectieux (acné), ... ?

non oui, précisez :

Fait le : _____ **à** _____ **Signature :** _____