



FICHE DE SANTÉ / GREFFE CAPILLAIRE

TURQUIE

DURÉE DE SÉJOUR HABITUELLE

Pour une greffe capillaire en Turquie, le séjour habituellement proposé est de 5 jours et 4 nuits, sous réserve du protocole de la clinique. La durée exacte sera confirmée dans votre devis.

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom et prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Pays de résidence : _____

Poids actuel (kg): _____

Téléphone : _____

Taille (cm) : _____

Courriel : _____

HABITUDES DE VIE

Consommation de cigarettes : Non ☐ Oui ☐

Si oui, combien par jour? ____

Consommation d'alcool : Non ☐ Occasionnelle ☐ Régulière ☐

Consommation de drogue : Non ☐ Occasionnelle ☐ Régulière ☐ (Précisez) _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :

Avez-vous déjà eu ou avez-vous actuellement :

Hypertension artérielle : ☐

Diabète : ☐

Problèmes cardiaques : ☐

Asthme : ☐

Troubles de la coagulation : ☐

Épilepsie : ☐

Autres maladies (précisez) : _____

SANTÉ DU CUIR CHEVELU

Avez-vous des problèmes de cuir chevelu (dermatite, rougeurs, démangeaisons, pellicules, etc.)? _____

MALADIES TRANSMISSIBLES

Êtes-vous porteur ou porteuse d'une maladie transmissible? _____

Si oui, précisez laquelle ou lesquelles? VIH ☐ Hépatite B ☐ Hépatite C ☐

PERTE DE CHEVEUX

Quelle est selon vous la principale cause de votre perte de cheveux?

Stress ☐

Hérédité ☐

Choc émotionnel ☐

Autre ☐ (précisez) _____

Suivez-vous actuellement un traitement contre la chute de cheveux ? _____

(Si oui, précisez lequel) _____



Partenaire de votre *réve*



SOL Médic – Annie Dionne



solmedicqc@gmail.com



www.solmedic.ca



+1 418 906-8332



FICHE DE SANTÉ / GREFFE CAPILLAIRE

TURQUIE

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Je certifie que les informations fournies sont exactes et complètes, et j'autorise SOL Médic à transmettre ces informations ainsi que les photos aux professionnels de santé partenaires concernés pour évaluation et devis.

Signature du patient : _____

Date : ____ / ____ / ____

*Informations complémentaires. Merci de nous signaler toute autre information que vous jugez utile :



Partenaire de votre *réve* 



SOL Médic – Annie Dionne



solmedicqc@gmail.com



www.solmedic.ca



+1 418 906-8332