

Fiche cliente — extension de cils

À remplir à la première visite, puis à chaque pose ou remplissage.

Cliente

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

Date de la première visite : _____ Venue par (Instagram, bouche-à-oreille...) : _____

Questionnaire santé (à remplir par la cliente)

Allergie connue (colle, cyanoacrylate, latex, sparadrap, cosmétiques) ☐ oui ☐ non
précision : _____

Port de lentilles de contact ☐ oui ☐ non

Opération ou traitement des yeux dans les 3 derniers mois ☐ oui ☐ non

précision : _____

Irritation, conjonctivite, orgelet ou blépharite en ce moment ☐ oui ☐ non

Sérum de pousse, traitement ou chimiothérapie qui touche les cils ☐ oui ☐ non

précision : _____

Yeux sensibles ou larmoyants, asthme ou difficulté à rester allongée les yeux fermés ☐ oui ☐ non

précision : _____

Test d'allergie (patch test) réalisé le : _____ résultat : _____

☐ J'accepte que ces informations de santé soient conservées par la professionnelle, uniquement pour la sécurité de mes prestations. Je peux retirer mon accord et demander leur suppression à tout moment.

Date : _____ Signature de la cliente : _____

Diagnostic des cils naturels

Longueur : _____ Épaisseur : _____ Densité : _____

Direction / implantation : _____ État (cassés, clairsemés...) : _____

Forme de l'oeil : _____ Effet souhaité (naturel, ouvert, chat...) : _____

Les informations de santé sont des données sensibles (RGPD, article 9) : ne les note qu'avec l'accord écrit de la cliente ci-dessus, garde la fiche à l'abri, et détruis-la quand tu ne la suis plus.

À remplir à la première visite, puis à chaque pose ou remplissage.

Suivi des poses et remplissages

Observations : réaction, rétention, prochain rendez-vous.

[illegible]