


Patient		Date du traitement (j/m/a)
E-mail	Téléphone (travail)	Téléphone (privé)
Adresse		
Antécédents Médicaux / Traitements précédents		
Traitement effectué par		


Consentement du patient Oui Non

VISITE 1	Date du traitement	Date du traitement de reprise / suivi	
	Zone de traitement	Produit*	Quantité en ml
			
Photo <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Etiquette patient		Etiquette patient
Date			
Formulaire des soins post-opératoires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

*PN- Perfectha Derm[®], PF - Perfectha Derm[®] Fine Lines,
PD - Perfectha Derm[®] Deep, PS - Perfectha Derm[®] Subskin

Anesthésie: _____


Remarques concernant la visite 1: _____

VISITE 2	Date du traitement		Date du traitement de reprise / suivi	
	Zone de traitement		Produit*	Quantité en ml
	Photo <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Etiquette patient	
Date				
Formulaire des soins post-opératoires				
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				

*PN- Perfectha Derm®, PF - Perfectha Derm® Fine Lines, PD - Perfectha Derm® Deep, PS - Perfectha Derm® Subskin

Anesthésie: _____

Remarques concernant la visite 2: _____

VISITE 3	Date du traitement		Date du traitement de reprise / suivi	
	Zone de traitement		Produit*	Quantité en ml
	Photo <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Etiquette patient	
Date				
Formulaire des soins post-opératoires				
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				

*PN- Perfectha Derm®, PF - Perfectha Derm® Fine Lines, PD - Perfectha Derm® Deep, PS - Perfectha Derm® Subskin

Anesthésie: _____

Remarques concernant la visite 3: _____