

Ankieta przed zabiegiem laseroterapii

Imię i nazwisko.....

1. Naturalny kolor włosów:

czarny jasny brąz ciemny brąz blond rudy

2. Reakcja skóry na pierwsze działanie promieni słonecznych po zimie:

- zawsze oparzenie, nigdy opalenizna
- zazwyczaj oparzenie, opalenizna z trudem
- czasem oparzenie, zazwyczaj lekka opalenizna
- rzadko oparzenie, opalenizna bardziej niż przeciętna
- rzadko oparzenie, znaczna opalenizna
- nigdy oparzenie, brązowa opalenizna

3. Dane medyczne

Cukrzyca

Choroby autoimmunologiczne

Choroba nowotworowa

Zaburzenia metaboliczne

Doustna antykoncepcja

Ciąża

Palenie tytoniu

Reakcje alergiczne na kremy, maści, leki

4. Aktualnie stosowane leki:

retinoidy

antybiotyki

salicylany

hydrohinon

sterydy

inne.....

5. Zaburzenia skóry:

opryszczka trądzik blizny przerostowe keloidy inne.....

Pacjent w trakcie leczenia trądziku

Skłonność do krwawień/„siniaków”

Uczulenie na światło

Ekspozycja na słońce/zabieg w solarium w przeciągu ostatnich 4 tyg.