

Formulaire de consultation greffe de cheveux

“Venus Services a pour vocation de délivrer un service personnalisé et d’excellence à ses clients. Dans ce cadre, les informations que vous fournirez sur notre site web sont strictement confidentielles. Elles ne seront utilisées que par votre médecin et votre conseillère Vénus Esthétique et ceci à titre médical et pour vous garantir un service personnalisé.”

Prière de nous renvoyer votre dossier une fois complet à l’adresse suivante :
Vénus Services, Tanit Médical, 2ème étage, Avenue du Japon, Montplaisir 1073 Tunis.

Les étoiles * ci-dessous indiquent les renseignements obligatoires.

a) Données personnelles :

- **Civilité :** Mr. Mme. Mlle.
- **Nom*:**
- **Prénom*:**
- **Date de naissance* (jj/mm/aaaa):**/...../.....
- **Choisissez votre mot de passe pour vous connecter à votre compte*:**
- **Nationalité*:**
- **Profession:**
- **Adresse e -mail*:**
- **Téléphone fixe*:**
- **Mobile:**
- **Adresse*:**
- **Ville*:**
- **Code postal*:**
- **Pays*:**
- **Choisissez le type d’intervention dont vous souhaitez bénéficier:**
 - **1^{er} choix de traitement:**
 - **2^{ème} choix de traitement:**
 - **Autre traitement?**
- **Comment avez-vous entendu parler de Venus Services?***
.....
- **Comment préférez-vous que l’on vous contacte? ***
 Téléphone e-mail Skype MSN
 Je vous contacterai Je ne veux pas être contacté(e)
- **Votre compte Skype:**
- **Votre compte MSN:**

b) Informations générales:

- **Motifs de votre demande en quelques lignes* :**
.....
- **Indiquez les dates de séjour possibles pour votre intervention*:
à partir du/...../..... jusqu'au/...../..... (jj/mm/aaaa).**
- **Consommez-vous du tabac?* Oui Non**
Si oui, combien de cigarettes/jour?*
Depuis quel âge fumez-vous?
- **Avez-vous arrêté de fumer? Oui Non**
Si oui, depuis quand?
- **Consommez-vous de l'alcool? * Oui Non**
Si oui, combien de fois par semaine?*
Le jour où vous buvez, à combien de verres de vin s'élève
votre consommation?*
- **À quel âge avez-vous constaté un début de calvitie?»***
.....
- **Avez-vous déjà bénéficié d'un traitement pour la calvitie?»***
 Oui Non
Si oui, précisez lequel* :
- **Comment se présente actuellement votre perte de cheveux ?**
 Faible Moyenne Importante
- **Quelle est la forme de vos cheveux ?**
 Raides Ondulés Bouclés Frisés Crépus
- **Quelle est l'épaisseur de cheveux ?**
 Epais Moyens Fins
- **Quelle est la couleur de vos cheveux ?**
 Noirs Marrons foncé Châtains-Roux
 Blonds Blancs

c) Antécédents:

- **Souffrez-vous d'une ou plusieurs affections médicales
chroniques particulières? (diabète, dyslipidémie, asthme,
insuffisance coronarienne, insuffisance veineuse, insuffisance
pulmonaire, HTA ...etc.)* Oui Non**
Si oui, précisez s'il vous plait.
.....
- **Êtes-vous actuellement sous médicaments?***
 Oui Non
Si oui, lesquels? (pilule contraceptive, Aspirine...etc.)
.....
Combien de fois par semaine?.....
- **Avez-vous été soigné(e) pour dépression ou autres
affections psychiatriques?* Oui Non**
- **Êtes-vous actuellement sous médicaments psychotropes?***
 Oui Non

Si oui, lesquelles?

- **Êtes-vous allergique?*** Oui Non Je ne sais pas
Si oui, répondez aux questions suivantes s'il vous plait :
 - Avez-vous une allergie médicamenteuse?(aspirine, pénicilline, antibiotiques, sulfamides, codéine...etc.)
 Oui Non Je ne sais pas
 - Si oui, à quels médicaments?
 - Autres allergies. Merci de nous le préciser (iode, aliments, peroxyde, latex ...etc.).....
- **Avez-vous observé dans le passé, en cas de plaie, des troubles de la cicatrisation ?** (cicatrisation lente, fistules ou cicatrices hypertrophiques, formation d'abcès)
 Oui Non
- **Quelle est la date de votre dernier bilan sanguin?**
Avez-vous quelque chose à signaler concernant votre bilan?
.....
- **Souffrez-vous d'une affection virale(Hépatite A,B,C,VIH...)?***
 Oui Non Je ne sais pas
Si oui, laquelle/lesquelles?
- Autres antécédents médicaux et psychiatriques à signaler?
Précisez.
- **Avez-vous déjà subi des opérations de chirurgie esthétique?***
 Oui Non
Si oui, lesquelles et quand?.....

Antécédents gynéco-obstétriques (uniquement pour les femmes. obligatoire):

- **Êtes-vous enceinte actuellement?***
 Oui Non Je ne sais pas

d) Accueil et séjour :

- **Lieu de séjour* :**
 Hôtel 3* Hôtel 4* Hôtel 5* Sans hôtel
- **Nombre d'accompagnateurs adultes ***
- **Nombre d'accompagnateurs enfants (5-12 ans):***
- **Nombre de jeunes accompagnateurs enfants (0-5 ans):***
- **Type de chambre*:** Single Double Triple
- **Formule*:** Petit déjeuner Demi-pension
 Pension complète
- **Quand pensez-vous venir en Tunisie?**
...../...../..... (jj/mm/aaaa).
- **Combien de nuitées pensez-vous passer en Tunisie?***

Que pourrions-nous faire pour rendre votre visite le plus agréable possible?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nous vous garantissons un service personnalisé et d'excellence pendant et après votre intervention (dont des soins et un suivi postopératoire régulier). Nous assurons aussi votre accueil à l'aéroport. Votre transport se fera en voiture pour vos différents transferts tout au long de votre séjour: Aéroport – hôtel – clinique – hôtel – aéroport. Nous vous garantissons un séjour dans les meilleures conditions (qualité de service, expertise médicale et soins médicaux pendant et après votre intervention).

Par ailleurs, pendant votre séjour, nous mettons à votre disposition un téléphone portable équipé d'une carte téléphonique tunisienne rechargeable de 10 DT afin que vous puissiez être joignable à tout moment par vos proches et par votre médecin.

Pour toute question complémentaire ou demande particulière (ex. : type de musique à écouter en voiture, magazine ou journal que vous souhaitez avoir à votre disposition...etc.), n'hésitez pas à nous l'inquider ci-dessous et nous ferons de notre mieux pour garantir votre entière satisfaction.

Observations:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

e) Photos :

S'il vous plait, n'oubliez pas de nous communiquer vos PHOTOS pour l'intervention.

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons un agréable séjour avec Venus Services.