

PERSONAL SKIN ASSESSMENT FOR:

Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ ZIP Code: _____

Email Address: _____

Home Phone: _____ Cell Phone: _____

1. What is your age?

- 12–19 40–49
 20–29 50–59
 30–39 60 +

2. How would you describe your skin?

- Dry – After cleansing, my face feels tight and I need to use a moisturizer
 Normal – I have no significant dryness or oiliness
 Combination – I often have a shiny T-zone (forehead, nose, and chin), and my cheeks feel dry
 Oily – I tend to have an oily sheen throughout the day

3. How sensitive is your skin?

- Very sensitive
 Somewhat sensitive
 Not sensitive at all

4. How often do you experience breakouts?

- Never/rarely
 Occasionally
 Frequently

5. Have fine lines or wrinkles started to appear on your face? *(Please check all that apply.)*

- No, not yet
 Yes, on my forehead
 Yes, around my eyes and between my brows
 Yes, around my mouth
 Yes, on my cheeks

6. Do you have age spots or skin discoloration?

- No
 Yes, light spots or uneven skin tone
 Yes, large spots or blotchy skin

7. What is the texture and tone of your skin?

- My skin feels smooth and looks even and luminous
 My skin feels smooth but has lost its luminosity
 My skin feels slightly rough and has lost its luminosity
 My skin feels rough, looks uneven, and has lost its luminosity

8. What are your skin care goals? *(Please check all that apply.)*

- Reduce/prevent the appearance of fine lines and wrinkles
 Reduce under-eye puffiness and dark circles
 Achieve a more even-toned complexion
 Improve texture and radiance
 Improve firmness
 Reduce blemishes
 Reduce dryness

9. Are you interested in non-invasive alternatives to any of the following dermatological/cosmetic procedures? *(Please check all that apply.)*

- Yes, non-invasive alternatives to a mini face-lift
 Yes, non-invasive alternatives to line-relaxing injections
 Yes, non-invasive alternatives to an eyelift
 Yes, non-invasive alternatives to collagen injections
 Yes, non-invasive alternatives to a chemical peel
 Yes, non-invasive alternatives to microdermabrasion
 No, none of the above

ÉVALUATION PERSONNELLE DE LA PEAU POUR :

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Adresse électronique : _____

Téléphone, domicile : _____ Cellulaire : _____

1. Quel âge avez-vous?

- 12-19 40-49
 20-29 50-59
 30-39 60 +

2. Comment décririez-vous votre peau?

- Sèche – Après avoir nettoyé le visage, ma peau semble tendue et j'ai besoin d'utiliser un hydratant
 Normale – Je n'ai pas de problème particulier de peau sèche ou grasse
 Mixte – Ma zone en T (front, nez et menton) est souvent luisante et mes joues semblent sèches
 Grasse – Ma peau a tendance à avoir un aspect luisant en cours de journée

3. Est-ce que vous avez la peau sensible?

- Très sensible
 Quelque peu sensible
 Pas du tout sensible

4. Avec quelle fréquence avez-vous des imperfections cutanées?

- Jamais/rarement
 À l'occasion
 Souvent

5. Est-ce que des ridules ou des rides ont commencé à apparaître sur votre visage? (Veuillez cocher tout ce qui s'applique.)

- Non, pas encore
 Oui, sur le front
 Oui, autour des yeux et entre les sourcils
 Oui, autour de la bouche
 Oui, sur les joues

6. Est-ce que vous avez des taches de vieillesse ou des décolorations de la peau?

- Non
 Oui, de légères traces ou un teint irrégulier
 Oui, de grandes traces ou une peau tachée

7. À quoi correspondent la texture et la tonalité de votre peau?

- Ma peau semble lisse au toucher, elle a l'air uniforme et lumineuse
 Ma peau semble lisse mais elle a perdu sa luminosité
 Ma peau semble légèrement sèche et elle a perdu sa luminosité
 Ma peau semble rêche, irrégulière et elle a perdu sa luminosité

8. Quels sont vos objectifs en matière de soins de la peau? (Veuillez cocher tout ce qui s'applique.)

- Réduire/prévenir l'apparence des ridules et des rides
 Réduire les bouffissures et les cernes sous les yeux
 Avoir un teint plus uniforme
 Améliorer la texture et l'éclat
 Améliorer la fermeté
 Réduire les imperfections cutanées
 Réduire le dessèchement

9. Êtes-vous intéressée par les alternatives non-invasives aux interventions dermatologiques/esthétiques suivantes? (Veuillez cocher tout ce qui s'applique.)

- Oui, alternatives non-invasives à un mini lifting du visage
 Oui, alternatives non-invasives aux injections pour détendre les rides
 Oui, alternatives non-invasives à un lifting des yeux
 Oui, alternatives non-invasives aux injections de collagène
 Oui, alternatives non-invasives à un peeling chimique
 Oui, alternatives non-invasives à la microdermabrasion
 Non, rien de ce qui précède