

# Diagnostic Personnalisé

Vous avez un problème avec vos cheveux ? Vous ne savez pas quels produits utiliser pour le régler ? Répondez à ces quelques questions, un spécialiste vous répondra afin de vous apporter des solutions et vous conseiller sur le meilleur traitement à utiliser.

## 1 - Vous êtes

Une femme  Un homme

Nom : .....Prénom : .....

E-mail : .....  
(facultatif)

Vous avez :

- de 20 ans  Entre 20 et 40 ans

Entre 40 et 60 ans  Plus de 60 ans

## 2 - Je me lave les cheveux

Tous les jours  Tous les 2 jours

1fois par semaine  2 fois par semaine

Moins d'1 fois par semaine

## 3 - Nature de vos cheveux

Secs / Très secs  Ternes  Abimés

Cassants  Mous  Gras

## 4 - Constitution de vos cheveux

Fins  Raides  Épais

Frisés  Crépus

## 5 - Faites-vous

Des colorations

Régulièrement  Souvent  Jamais

Des mèches

Régulièrement  Souvent  Jamais

Des permanentes

Régulièrement  Souvent  Jamais

Des défrisages

Régulièrement  Souvent  Jamais

## 6 - Au niveau de votre cuir chevelu, vous avez :

Des démangeaisons

Régulièrement  Souvent  Jamais

Des pellicules

Régulièrement  Souvent  Jamais

Du psoriasis

Régulièrement  Souvent  Jamais

## 7 - Vous perdez vos cheveux :

Jamais  Normalement  Très souvent

En permanence

Ceci depuis

- Moins d'un mois  Plusieurs mois  
 Plusieurs années

Type de la chute de cheveu

- Diffuse  En plaques

### 8 - Prenez-vous des médicaments ?

- Jamais  Parfois  Régulièrement  
 En permanence

### 9 - Lors des 6 derniers mois (plusieurs choix possibles)

Vous avez suivi un régime alimentaire

- Oui  Non

Vous avez subi des émotions fortes (personnelles ou professionnelles)

- Oui  Non

Utilisez-vous un produit anti-chute ?

- Oui  Non

### 10 - Comportement

Pensez-vous être stressé, anxieux ?

- Oui  Non

Êtes-vous fumeur ?

- Oui  Non

Êtes-vous plutôt émotif ?

- Oui  Non

### 11 - Alimentation

Avez-vous une alimentation équilibrée ?

- Oui  Non

Consommez-vous plus de produits gras ?

- Oui  Non

Consommez-vous des fruits, légumes, fibres de façon régulière ?

- Oui  Non

Avez-vous une alimentation régulière ?  
(3 repas par jour)

- Oui  Non

### 12- Spécifique aux femmes (plusieurs choix possibles)

J'attends un enfant  Oui  Non

Je viens d'avoir un enfant  Oui  Non

Prenez-vous la pilule ?

- Oui  Non

Vos ongles sont-ils cassants ?

- Oui  Non

### 12b- Spécifique aux hommes

Avez-vous de moins en moins de cheveux sur la tête ?

- Oui  Non

Cette chute est-elle plus significative ?

- Au niveau des tempes  
 Sur le dessus du crâne  
 De façon circulaire (tonsure)

Vos ongles sont-ils cassants ?

- Oui  Non

Commentaires :

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

Votre questionnaire est rempli ?  
Adressez-le à votre centre Pro Soins  
Orthemius proche de chez vous :

**TAMPON**

Vous pouvez aussi l'adresser au  
Laboratoire Phytocosmétique Inéal : 16 rue  
Vimaine - 38200 Vienne - Tél. : 0474846957  
Fax : 0474847097

 inéal