

# Chirurgie Greffe Cheveux

7, rue des suffetes - 2025 Salambô  
Tunisie.

## ***DOSSIER MEDICAL GREFFE DES CHEVEUX***

\* Rubrique à remplir obligatoirement.

### **ETAT CIVIL :**

Nom\* : .....

Prénom\* : .....

E-mail\* : .....

E-mail 2 : .....

Adresse\* : .....

Code postal\* : .....

Ville\* : .....

Pays\* : .....

Téléphone fixe\* : .....

Téléphone mobile\* : .....

Heures où vous pouvez être joint(e) par une assistante chirurgie greffe cheveux :

.....

Profession\* : .....

Avez vous un passeport en cours de validité\* ?  Oui  Non

Comment ou par qui avez-vous connu Chirurgie greffe cheveux ?

.....

## PARTIE MEDICALE

Sexe :  Féminin  Masculin

Age : .....

Taille : .....

Poids : .....

### Date d'Arrivée

Quelles sont vos dates de séjour possibles pour cette intervention ?

### ANTECEDENTS MEDICAUX

Avez-vous déjà consulté un chirurgien esthétique ?  Oui  Non

Si oui, pourquoi et quand ?

.....

Avez-vous déjà été opéré ?  Oui  Non

Si oui, quelle chirurgie et quand ?

.....

Avez-vous des allergies ?  Oui  Non

Si oui, à quel(s) médicament(s) ou produit(s) ?

.....

.....

Avez-vous une maladie cardiovasculaire ?  Oui  Non

Avez-vous déjà eu des phlébites?  Oui  Non

Avez-vous le diabète ?  Oui  Non

Avez-vous déjà eu une dépression ?  Oui  Non

Souffrez-vous d'une autre maladie connue ?  Oui  Non

Si oui, laquelle ?

.....

Etes-vous fumeur?  Oui  Non

Si oui combien par jour et depuis combien de temps?

.....

### **TRAITEMENTS**

Quelles sont les médicaments que vous prenez actuellement ? (Mentionnez aussi si vous prenez de l'aspirine de façon régulière ou la pilule).

.....

.....

Quels sont les médicaments que vous avez pris dans un passé récent ?

.....

.....

Avez-vous des remarques ou des suggestions ?

.....

.....

.....

.....

## VOTRE SEJOUR

Nationalité\* : (pour nous permettre de vérifier si vous avez besoin d'un visa pour la Tunisie)

.....

Aéroport de départ :

.....

Dates souhaitées :

.....

Catégorie d'hôtel :  Sunny Club \*\*\*  Sol Phébus \*\*\*\*  El Mouradi \*\*\*\*\*  Autres

Si autre, lequel ? :

.....

Accompagnant :  Oui  Non

Si oui, préciser enfant (âge), adulte

.....

Veillez envoyer ce formulaire accompagné de vos photos au :

**7, rue des suffetes – 2025 Salambô  
Tunisie**

Pour tout complément d'information, vous pouvez nous contacter au :

00 216 24 410 000  
00 216 24 250 252