

# ÉTUDE EKS

CLIENT :

EXPERT HD :

## ÉTAT DU CUIR CHEVELU

1. TRÈS SEC

2. SEC

3. NORMAL

4. GRAS

5. TRÈS GRAS

6. IRRITÉ

7. PRURIT

8. PSORIASIS

9. DERMATITE

PROBLÈMES DU CUIR CHEVELU (historique, depuis quand datent-ils ?, etc.)

Dans quels partie du cuir chevelu ces symptômes se manifestent-ils ?

Dans la partie supérieure

Sur les côtés

À l'arrière

Sur les temples

Autres

## DIAGNOSTIC CAPILLAIRE

### TYPE DE CHEVEUX

1. Fins

2. Moyens

3. Épais

### DENSITÉ

1. Faible

2. Moyenne

3. Haute

### POROSITÉ

1. Faible

2. Moyenne

3. Haute

### TEXTURE

1. Lisses

2. Ondulés

3. Bouclés

4. Frisés

### LONGUEUR

1. Courts

2. Mi-longs

3. Longs

4. Très longs

## COULEUR

### CHEVEUX GRIS

Indiquez % de cheveux gris

1. Général  %

2. Cheveux gris par zones (si vous le souhaitez, vous pouvez sauter cette partie)

À l'avant  %

Sur les côtés  %

À l'arrière  %

## CHEVEUX

### BASE NATURELLE

1-10 (Ajouter des mèches de couleur)

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
DARKEST BLACK	BLACK	DARKEST BROWN	DARK BROWN	MEDIUM BROWN	MEDIUM LIGHT BROWN	LIGHTEST BROWN	DARK BLONDE	MEDIUM BLONDE	LIGHTEST BLONDE	PLATINUM

1. Racines (Décrire)

2. Mi-longueur (Décrire)

3. Pointes (Décrire)

## DIALOGUE RELATIF AUX HABITUDES CAPILLAIRES

**1. HISTORIQUE DES CHEVEUX DES 2 À 5 DERNIÈRES ANNÉES / COULEUR DOMESTIQUE OU COULEUR PROFESSIONNELLE (Décrire)**

**À quelle fréquence vos cheveux sont-ils traités chimiquement ou lissés (défrisage, lissage japonais, autre) ?**

- Jamais                       Une fois par semaine                       Une fois toutes les 2-3 semaines  
 Une fois par mois ou tous les 2 mois                       Plusieurs fois par an

**À quelle fréquence vos cheveux sont-ils traités ou lissés (p. ex. séchage, fer plat, fer à friser) ?**

- Jamais                       Une fois par semaine                       Une fois toutes les 2-3 semaines  
 Une fois par mois ou tous les 2 mois                       Plusieurs fois par an

**À quelle fréquence vos cheveux sont-ils teints, colorés avec mèches ou soumis à un tout autre traitement par la couleur ?**

- Jamais                       Une fois par semaine                       Une fois toutes les 2-3 semaines  
 Une fois par mois ou tous les 2 mois                       Plusieurs fois par an

**2. BONNES ET MAUVAISES EXPÉRIENCES PASSÉES (Décrire)**

**3. ROUTINE QUOTIDIENNE**

**4. FRÉQUENCE DE LAVAGE, DE CO-WASHING ET D'UTILISATION DE STYLING TOOLS / PRODUITS UTILISÉS ACTUELLEMENT (Décrire)**

**À quelle fréquence lavez-vous/shampouinez-vous/utilisez-vous de l'après shampoing pour laver vos cheveux ? Tous les  jours**

**5. À QUELLE FRÉQUENCE ATTACHEZ-VOUS VOS CHEVEUX ? (Décrire)**

**Veillez cocher toutes les styles de coiffure que vous avez portés dans le passé.**

- Tresses                       Ondulations                       Coiffures serrées  
 Autres (p. ex. queue de cheval)

**6. COMMENT AIMERIEZ-VOUS QUE SOIENT VOS CHEVEUX À LA VUE ET AU TOUCHER ?**

**7. QU'EST-CE QUE VOUS AIMEZ ET N'AIMEZ PAS DE VOS CHEVEUX ? (Décrire)**

## QUESTIONNAIRE EN CAS DE PERTE DE CHEVEUX

**Veillez nous en dire plus sur votre problème de perte de cheveux en répondant aux questions suivantes :**

**1. QUAND AVEZ-VOUS REMARQUÉ POUR LA PREMIÈRE FOIS QUE VOUS PERDIEZ VOS CHEVEUX ?**

**2. QU'AVEZ-VOUS ALORS REMARQUÉ ?**

Perte de cheveux lorsque vous vous peignez ou sur votre oreiller ou vos vêtements, etc.

Sensation de perte de densité (cuir chevelu plus visible)

Autres

**3. AVEZ-VOUS RÉCEMMENT REMARQUÉ QUE VOTRE PERTE DE CHEVEUX S'AGGRAVAIT ?**

OUI  NON

Si oui, quand avez-vous remarqué que la situation s'aggravait ?

À votre avis, quelles sont les raisons pour lesquelles cette situation de perte de cheveux s'aggrave ?

**4. QUELLE EST, SELON VOUS, LA CAUSE DE VOTRE PERTE DE CHEVEUX ?**

**5. Y A-T-IL D'AUTRES INFORMATIONS IMPORTANTES QUE VOUS AIMERIEZ PARTAGER CONCERNANT VOTRE PERTE DE CHEVEUX ?**

## PROGRAMME DE COULEUR DU CLIENT

---

**1. PLUS D'UNE VISITE POURRAIT ÊTRE NÉCESSAIRE POUR ATTEINDRE L'OBJECTIF**  
(Décrire le processus si nécessaire)

VISITES      **1**      **2**      **3**      **4**      **5**      **6**  
                                              

**2. FRÉQUENCE DES VISITES D'ENTRETIEN**

**3. BUDGET**

	SÉANCE	SÉANCE	SÉANCE	SÉANCE
<b>RITUEL EN SALON</b>	DATE <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>PROGRAMME DE SOINS</b>	DATE <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>ENTRETIEN AU DOMICILE</b>	DATE <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>