

EXAMINE TON ACNE

PRENOM:

DATE D'APPARITION DE L'ACNE

LOCALISATION DES BOUTONS
Front, machoire gauche/droite, nez... ?

ASPECT
*Rouges, blancs, taille
plaques, bouton solo... ?*

PRODUITS D'HYGIENE
UTILISES

REACTIONS ALIMENTAIRES
*Que se passe t'il quand tu manges
sucré, salé,
ou des produits laitiers... ?*

MEDICAMENTS DEJA
TESTES
*Crèmes, antibiotiques?
Durée du traitement? Efficacité?*

QUEL NOTE ATTRIBUERAIS-TU
A TON NIVEAU DE STRESS ET
AU NIVEAU DE POLLUTION DE
TON ENVIRONNEMENT.

0 = Pas du tout
5 = Carrément!