VTCT

Colur – Taflen ymgynghori

Cyfeirnod portffolio:

Enw'r cleient:	
Cyfeiriad:	Rhif ffôn:
	Rhif ffôn symudol:
	Cyfeiriad e-bost:

Enw'r meddyg:
Cyfeiriad:

Rhif ffôn:

Amrediad oedran:	Dan 16 ☐	16 – 30 ☐	30 – 50 ☐	50+ ☐

Swydd:

Diddordebau:

Rhaid i'r colurydd wirio'r wybodaeth yn ystod yr ymgynghoriad

Hanes meddygol perthnasol a manylion ffordd o fyw					
Alergedd	Ie ☐	Na ☐	Cornwydydd (*Boils*)	Ie ☐	Na ☐
Heintiau firaol (e.e. crach annwyd, yr eryr, defaid)	Ie ☐	Na ☐	Heintiau parasitig (e.e. clefyd crafu, pedicwlosis)	Ie ☐	Na ☐
Heintiau bacteriol (e.e. impetigo)	Ie ☐	Na ☐	Anhwylder ar y llygaid (e.e. Llid yr amrant, llefelod (*styles*), bleffaritis)	Ie ☐	Na ☐
Heintiau ffwngaidd (e.e. tinea)	Ie ☐	Na ☐	Llygaid yn rhedeg	Ie ☐	Na ☐
Cyflyrau croen difrifol	Ie ☐	Na ☐	Clwyfau neu grafiadau	Ie ☐	Na ☐
Acne difrifol	Ie ☐	Na ☐	Chwydd/lympiau - heb dderbyn diagnosis	Ie ☐	Na ☐
Cosi poenus	Ie ☐	Na ☐	Meinwe (*tissue*)craith ddiweddar	Ie ☐	Na ☐
Ecsema/Soriasis	Ie ☐	Na ☐	Cleisiau	Ie ☐	Na ☐
Caleden ddifrifol	Ie ☐	Na ☐	Croen sensitif iawn	Ie ☐	Na ☐
Botox/Llenwadau (*fillers*)croen	Ie ☐	Na ☐	Cyflwr anadlu (asthma)	Ie ☐	Na ☐
Clawstroffobia	Ie ☐	Na ☐	Llosg haul	Ie ☐	Na ☐
Llawdriniaeth ddiweddar	Ie ☐	Na ☐	Cemotherapi	Ie ☐	Na ☐
Trichotilomania	Ie ☐	Na ☐	Glawcoma	Ie ☐	Na ☐
Syndrom llygaid sych	Ie ☐	Na ☐	Anghydbwysedd thyroid	Ie ☐	Na ☐

Ydych chi'n cymryd meddyginiaeth yn rheolaidd? Os **ydych**, nodwch pa feddyginiaeth:	Ydw ☐	Nac ydw ☐
Ydych chi'n gwisgo lensys cyffwrdd/sbectol? Os ydych, pa mor aml?	Ydw ☐	Nac ydw ☐

Trefn gofal presennol:

Cynnyrch colur yr ydych yn eu defnyddio ar hyn o bryd:

Rheswm dros ddefnyddio'r gwasanaeth:

VTCT

Make-up – Consultation sheet

Portfolio reference:

Client name:	
Address:	Phone number:
	Mobile:
	Email address:

Dr's name:
Address:

Phone number:

Age range:	Under 16 ☐	16 – 30 ☐	30 – 50 ☐	50+ ☐

Occupation:

Hobbies:

This information is to be checked through during consultation by the make-up artist

Relevant medical history and lifestyle notes					
Allergies	Yes ☐	No ☐	Boils	Yes ☐	No ☐
Viral infections (E.g. Herpes simplex,herpes zoster,warts)	Yes ☐	No ☐	Parasitic infections (E.g. Scabies,pediculosis)	Yes ☐	No ☐
Bacterial infections (e.g. impetigo)	Yes ☐	No ☐	Eye infections (E.g. Conjunctivitis,styes,blepharitis)	Yes ☐	No ☐
Fungal infections (E.g. tinea)	Yes ☐	No ☐	Watery eyes	Yes ☐	No ☐
Severe skin conditions	Yes ☐	No ☐	Cuts or abrasions	Yes ☐	No ☐
Severe acne	Yes ☐	No ☐	Swelling/undiagnosed lumps	Yes ☐	No ☐
Irritation	Yes ☐	No ☐	Recent scar tissue	Yes ☐	No ☐
Eczema/Psoriasis	Yes ☐	No ☐	Bruising	Yes ☐	No ☐
Hyperkeratosis	Yes ☐	No ☐	Hypersensitive skin	Yes ☐	No ☐
Botox/Dermal fillers	Yes ☐	No ☐	Respiratory conditions (asthma)	Yes ☐	No ☐
Claustrophobia	Yes ☐	No ☐	Sunburn	Yes ☐	No ☐
Recent surgery	Yes ☐	No ☐	Chemotherapy	Yes ☐	No ☐
Trichotillomania	Yes ☐	No ☐	Glaucoma	Yes ☐	No ☐
Dry eye syndrome	Yes ☐	No ☐	Thyroid imbalances	Yes ☐	No ☐

Do you take regular medication? If **yes** please state which medication:	Yes ☐	No ☐
Do you wear contact lenses/glasses? If **yes**, how often?	Yes ☐	No ☐

Current skin care routine:

Current make-up products used:

Reason for service:

Colur – Taflen ymgynghori

Dyddiad prawf croen (os oedd angen):			
Cynnyrch a brofwyd:			
Canlyniadau:			
Dadansoddiad croen:			
Math o groen	Normal ☐	Sych ☐	Seimlyd (*oily*) ☐
	Cyfunol ☐		
Cyflwr y croen	Sensitif ☐	Dadhydredig ☐	Aeddfed ☐
	Capilarïau wedi torri ☐	Papiwlau (*Papules*) ☐	Croendyllau agored ☐
	Cylchoedd tywyll ☐	Pigmentiad ☐	Creithiog ☐
	Cochni ☐		

Llofnod cleient ar gyfer hawl i drin:	
Llofnod therapydd:	**Dyddiad:**

Dyddiad:

Triniaeth/Gwasanaeth	Offer/cynnyrch a ddefnyddiwyd	Cyngor a roddwyd/Sylwadau

Dyddiad

Triniaeth/Gwasanaeth	Offer/cynnyrch a ddefnyddiwyd	Cyngor a roddwyd/Sylwadau

Dyddiad:

Triniaeth/Gwasanaeth	Offer/cynnyrch a ddefnyddiwyd	Cyngor a roddwyd/Sylwadau

Dyddiad:

Triniaeth/Gwasanaeth	Offer/cynnyrch a ddefnyddiwyd	Cyngor a roddwyd/Sylwadau

Make-up – Consultation sheet

Patch test date (if required):			
Product(s) tested:			
Results:			
Skin analysis:			
Skin type	Normal ☐	Dry ☐	Oily ☐
	Combination ☐		
Skin condition	Sensitive ☐	Dehydrated ☐	Mature ☐
	Broken capillaries ☐	Papules ☐	Open pores ☐
	Dark circles ☐	Pigmentation ☐	Scarring ☐
	Erythema ☐		

Client signature for permission to treat:	
Therapist signature:	**Date:**

Date:

Treatment/Service	Tools/products used	Advice given/Comments

Date:

Treatment/Service	Tools/products used	Advice given/Comments

Date:

Treatment/Service	Tools/products used	Advice given/Comments

Date:

Treatment/Service	Tools/products used	Advice given/Comments