

CONSENTEMENT SOIN DERMAPLANING

Je soussigné (e) NOM : **PRÉNOM :**

Accepte recevoir l'acte esthétique DERMAPLANING choisi ou préconisé.

-Je comprends qu'une seule procédure ne supprimera pas complètement tous mes problèmes de peau et que des résultats optimaux peuvent nécessiter plusieurs traitements.

-Je comprends que la réponse de chaque personne variera en fonction de son type et état de peau, de la zone traitée et des soins de suivi.

-Je comprends que des produits de soin post-traitement me seront préconisés et nécessaires pour soigner ma peau, donc engendrer des coûts supplémentaires.

-J'avoue :

Ne pas souffrir d'acné en phase active.

Ne pas souffrir de rosacée, de télangiectasies, de cancer cutané.

Ne pas être sous traitement dermatologique ROACUTANE, et que je ne l'ai pas utilisé au cours de l'année.

Ne pas avoir d'antécédents de formation de cicatrices chéloïdes ou de mauvaise cicatrisation.

Ne pas avoir bénéficié d'un traitement peeling chimique précédent le soin.

Ne pas être sous traitement radiothérapie.

Ne pas être hémophile.

Ne pas porter d'implants métalliques.

Ne pas souffrir de maladies de peau (eczéma, psoriasis, cancer, dermatoses divers...)

Ne pas souffrir de coup de soleil

Ne pas présenter un système pileux hyper développé

-Je comprends utiliser les produits post-soin qui me seront préconisés avec assiduité et répondre aux règles d'hygiène associées.

-Je comprends ne pas m'exposer au soleil suivant le soin, pendant 72 heures.

-Je comprends appliquer quotidiennement une crème de protection solaire SPF30 minimum.

-Je comprends ne pas pour voir faire usage de maquillage ou de produits cosmétiques pendant 12 heures suivant le soin. Pas d'exfoliation pendant 48 heures suivant le soin.

-Je m'engage à signaler tout symptôme, en cas de survenue avant ou après l'acte.

-J'affirme avoir eu l'occasion de poser toutes les questions et de demander des éclaircissements sur le soin et ses procédures, les effets secondaires.

Effets secondaires :

La nature et la procédure Dermaplaning m'ont clairement été expliquées. Je comprends que toutes procédures peuvent impliquer des risques dans une certaine mesure. Les effets secondaires peuvent inclure :

-Quelques rougeurs momentanées

-Quelques points de chaleur sur les zones travaillées (comme ressentis après le passage d'une lame de rasage).

-Quelques légers raclages (sensation de rasoir) ressentis pendant le soin.

Garantie / remboursement :

En signant ce formulaire de consentement éclairé, je reconnais qu'aucune garantie quant au résultat final n'a été faite. Je comprends que des traitements supplémentaires peuvent être nécessaires pour l'obtention du résultat souhaité. Par ailleurs, aucun remboursement n'est accordé pour quelque soit la raison. Pas d'encaissement de chèque en plusieurs fois, ni de crédit accordé.

Par ma signature, je déclare remplir les conditions précédemment mentionnées, pour la réalisation du traitement Dermaplaning pratiqué par Olivier DESCHAMPS et je suis ainsi informé (e) (verbalement et par écrit), qu'aucune garantie ne peut m'être offerte car les résultats et effets secondaires varient d'une personnes à l'autre. J'ai été informé (e) (verbalement et par écrit), de manière adéquate de la nature de mon état, de la procédure, des bénéfices attendus de ce traitement, des risques encourus, des méthodes alternatives et les risques à ne pas traiter mon état. Je consens par cette présente, dégager le praticien de toute responsabilité associée à cette procédure.

Fait à

Le :

Signature précédée de la mention « JE CONSENS LIBREMENT ET VOLONTAIREMENT ME FAIRE PRATIQUER LE SOIN DERMAPLANING »

.....
.....

SIGNATURE CLIENT (E)

LE PRATICIEN, Olivier DESCHAMPS
Phyto-aromathérapeute, certifié en
Naturopathie, Esthéticien et formateur

Document rédigé et signé en deux exemplaires