

CONSENTEMENT SOIN HAIRNEEDLING

Je soussigné (e) NOM : **PRÉNOM :**

Accepte recevoir l'acte esthétique HAIRNEEDLING choisi ou préconisé.

-Je comprends qu'une seule procédure ne supprimera pas complètement tous mes problèmes de cuir chevelu et cheveux et que des résultats optimaux peuvent nécessiter plusieurs traitements (5 traitements recommandés espacés d'un mois).

-Je comprends que des produits de soin post-traitement me seront préconisés et nécessaires pour optimiser les résultats, donc engendrer des coûts supplémentaires.

-J'avoue :

Ne pas souffrir de diabète, de maladies auto-immunes, de troubles cardiaques incontrôlés.
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 être enceinte.

Ne pas allaiter.

Ne pas souffrir de coup de soleil imminent

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

Ne pas être sous traitement anti-coagulant

Ne pas souffrir d'hémophilie

-Je comprends me présenter au soin HairNeedling avec les cheveux préalablement lavés et démêlés et le cuir chevelu sain, débarrassé de salissures, de traces de gel, de laque...

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

-Je comprends qu'après le soin, je ne pourrais pas me laver les cheveux pendant 72 heures et ainsi présenter des cheveux relativement gras avec effet mouillé.

-Je comprends que le traitement HairNeedling ne correspond pas aux personnes souffrant d'alopécie avancée et de type hormonal (en général chez les hommes) car les ostia (pore des follicules pileux) sont cicatrisés après l'absence de pousse des cheveux durant un temps affiché.

-Je comprends ne pas m'exposer au soleil durant 10 jours environ.

-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.

-J'ai été informé (e) de ne pas fréquenter les piscines, sauna et hammam pendant 10 jours environ

Effets secondaires :

Votre cuir chevelu sera d'apparence rosée, rouge, un peu comme un coup de soleil pendant quelques heures après le traitement.

Des saignements mineurs et des ecchymoses légères sont possibles en fonction du nombre de pressions exercées et de la longueur des aiguilles sur la région traitée.

Votre peau peut ressentir de la chaleur et démanger pendant les 12 heures qui suivent le traitement

Une sécheresse passagère de la peau est observée dans de rares cas.

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 HairNeedling 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 HAIRNEEDLING»

.....
.....

SIGNATURE CLIENT (E)

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