

## **CONSENTEMENT SOIN MICRONEEDLING**

**Je soussigné (e) NOM :** ..... **PRÉNOM :** .....

Accepte recevoir l'acte esthétique MicroNeedling 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 (5 traitements recommandés espacés de 2 semaines).

-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 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 souffrir de conjonctivite.

Ne pas être sous traitement anti-coagulant

Ne pas souffrir d'hémophilie

-Je comprends que si j'ai déjà eu dans ma vie, des boutons de fièvre (Herpès HSV1) dans la même région que l'intervention microneedling, je dois commencer une prophylaxie antivirale une semaine avant de commencer le traitement.

-Je comprends utiliser les produits post-soin qui me seront préconisés avec assiduité et répondre aux règles d'hygiène associées. (Crème anti-uv et cicatrisante).

-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 peau 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. Il en est de même pour une hyperpigmentation momentanée.

**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 MicroNeedling 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 MICRONEEDLING»

.....  
.....

**SIGNATURE CLIENT (E)**

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