

CONSENTEMENT SOIN PRESSOTHÉRAPIE

Je soussigné (e) NOM : **PRÉNOM :**

Accepte recevoir l'acte esthétique PRESSOTHÉRAPIE choisi ou préconisé.

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

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

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

-J'avoue :

Ne pas souffrir de troubles cardiaques incontrôlés.

Ne pas souffrir d'hypertension artérielle non traitée

Ne pas souffrir de thrombose veineuse, de phlébite ou encore de varices sévèrement saillantes.

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

Ne pas être enceinte.

Ne pas allaiter.

Ne pas porter de stimulateur cardiaque type pace maker.

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 de mycose aux pieds.

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

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

-J'affirme avoir été informé (e) des allergies possibles dues aux huiles essentielles et avoir été invité à les décrire si elles sont connues.

-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 du soin Pressothérapie 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

-Sentiment d'écrasement des membres inférieurs selon les intervalles et intensité des pressions exercées.

-Réaction allergique possible aux huiles essentielles (Lentisque pistachier, Hélichryse, Cyprès, Niaouli, Menthe, Calophylle...)

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 Pressothérapie 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 PRESSOTHÉRAPIE »

.....
.....

SIGNATURE CLIENT (E)

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

Document rédigé et signé en deux exemplaires