

CONSENTEMENT SOIN RADIOFRÉQUENCE, LIPOCAVITATION ET LIPOLASER CORPS ET/OU VISAGE

Je soussigné (e) NOM : **PRÉNOM :**

Accepte recevoir l'acte esthétique RF, LP, LL choisi ou préconisé.

Le traitement RADIOFRÉQUENCE utilise les ondes électriques dans la prise en charge des modifications corporelles et du visage inesthétiques tels que les amas graisseux, la cellulite, le relâchement cutané. Traitement non invasif et indolore. La radiofréquence provoque une rotation des molécules d'eau et ainsi générer un échauffement des tissus cutanés et sous-cutanés. Cette chaleur va stimuler le métabolisme cellulaire permettant la production d'élastine et de collagène et active la circulation sanguine et lymphatique.

Le traitement LIPOCAVITATION est une technique non invasive et qui suit la radiofréquence pour sculpter le corps et qui permet de réduire le volume des cellules graisseuses, le dépôt de graisses localisées, la cellulite.

Le traitement LIPOLASER est un système à diodes laser de faible intensité qui s'utilise sur tous les types de peau et qui crée un signal chimique dans les cellules adipeuses, brise les triglycérides stockés en acides gras et glycérol. Les acides gras et glycérol seront ensuite transportés dans les tissus qui les utiliseront au cours du métabolisme, pour créer de l'énergie. Le drainage sous forme de gélules conseillé par le praticien permettra également d'éliminer ces cellules scindées ou détruites.

Le Traitement RF, LP ET LL est contre-indiqué dans les cas suivants :

- Personnes mineures
- Femmes enceintes et allaitantes
- Femmes en période de menstruations
- Personnes présentant des lésions ouvertes, ou des infections cutanées
- Personnes présentant des varices ou des inflammations veineuses ou troubles vasculaires
- Personnes en état fébrile, fiévreuse.
- Personnes portant un appareil métallique ou électronique (pace Maker...)
- Personnes présentant des troubles neuro-musculaires.
- Présence de tumeurs
- Personnes souffrant de maladies auto-immunes
- Personnes allergiques à certains composants des huiles essentielles (à décrire si connues).

EFFETS SECONDAIRES

Des effets secondaires peuvent survenir pendant ou post-traitement. Il s'agit essentiellement de :

- Sensation de chaleur
- Augmentation du besoin d'uriner
- Hématomes possibles légers et momentanés
- Rougeurs, gonflements temporaires
- Picotements
- Sensation de résonance dans les oreilles (il faudra ôter les aides auditives si c'est le cas)
- Allergie possible aux huiles essentielles (Pamplemousse, Cèdre, Criste marine, Lentisque pistachier, Macadamia)

RECOMMANDATIONS

Il est préconisé de (avant traitement) :

- Ne pas consommer d'alcool ou de drogues
- Adopter une hygiène diététique (conseillée par le praticien lui-même ou par les professionnels de la diététique du CPSF)
- Ne pas consommer d'aliments 1h30 avant le traitement
- Boire au moins 1,5 L d'eau quotidiennement

Après le traitement, le praticien délivrera les conseils suivants :

- Hygiène de vie et diététique
- Traitement dit « de drainage », per os
- Traitement local (application d'huiles essentielles sous forme de soluté pour optimiser le traitement)

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 RF, LP ET LL 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 et je m'engage à respecter l'ensemble des recommandations. Aussi j'affirme avoir eu l'occasion de poser toutes les questions et de demander des éclaircissements sur le soin, le processus et les effets secondaires.

Fait à

Le :

Signature précédée de la mention « JE CONSENS LIBREMENT ET VOLONTAIREMENT ME FAIRE PRATIQUER LE SOIN RF, LP ET LL »

.....
.....

SIGNATURE CLIENT (E)

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

Document rédigé et signé en deux exemplaires