FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Nom :
Prénom :
Né(e) le :
Adresse :
Code Postal :
Ville :
Tél. :
E-mail :

Je soussigné(e), M., Mme, …….…….. , accepter les conditions suivantes :

L'épilation électrique par Thermolyse ou Blend est une méthode **d'épilation progressive** qui dégrade graduellement les cellules responsables de la reproduction des poils.

Prévenir de tout **changement d'état de ma santé** et/ou **la prise de certain médicament**, ce qui pourrait influencer le résultat.

Les risques possibles de brûlures superficielles et formation de croûtelles (qui ne faudra en aucun cas enlever) et d'hyperpigmentation de la peau, bien que ces phénomènes soient temporaires.

Ce type de traitement est **long** et peut correspondre à une ou deux années de traitement suivie de quelques mois d'entretien pour garantir des résultats **durables** et **définitifs**.

Etre âgé(e) de plus de **18 ans**, de ne pas avoir de problème de santé pouvant présenter des contre-indications à la diffusion des courants galvaniques et hautes fréquences.

Ne pas présenter une de ces caractéristiques :

Grossesse.
Chimiothérapie ou **radiothérapie** récente, **VIH** ou autre problème immunologique.
Stimulateur cardiaque.
Prise antérieure d'**anticoagulant** ou traitement contre **diabète**.
Maladie **infectieuse systémique** ou **dermatologique**.
Toute condition médicale ralentissant la guérison ou empêchant la coagulation sanguine.

Ne pas être sous traitement, ni consommer des **compléments alimentaires** ou autres médicaments et substances favorisant la pousse des poils.

Ne pas être sous l'influence de l'**alcool** ou **drogue**.

Etre en bonne santé physique et mentale.

Avoir posé mes questions et obtenu des réponses satisfaisantes.

Suivre toutes les indications et les soins post épilatoires :

Désinfecter la **zone** durant **tout le temps de la cicatrisation**.
Appliquer de la **crème cicatrisante** sur la zone **durant toute la période du traitement**.
Appliquer de "**l'écran tota**l" toutes **les 2h** en cas d'expositions au soleil **durant tout le traitement**.

Je confirme ma ou mes zones de traitements : …….

Je confirme que j'ai eu l'occasion de poser mes questions, que j'ai lu et parfaitement compris la teneur de ce formulaire de consentement et que la décision de procéder ou non à ce traitement découle entièrement de ma volonté.

Fait à
Le
NOM
Signature