

# Fiche consentement éclairé Client

|              |                      |                   |                      |
|--------------|----------------------|-------------------|----------------------|
| Nom / Prénom | <input type="text"/> | Date de naissance | <input type="text"/> |
| Adresse      | <input type="text"/> | Téléphone         | <input type="text"/> |
|              |                      | Email             | <input type="text"/> |
|              |                      | Profession        | <input type="text"/> |

Certaines maladies peuvent favoriser la survenue d'effets indésirables ou causer des déséquilibres suite à une ou plusieurs séances de dépilation lumière pulsée ou laser. Listes non exhaustives.

## **CONTRE INDICATIONS STRICTES :**

**La séance ne sera pas pratiquée dans le cas où vous présentez une ou plusieurs caractéristiques suivantes :**

Personne mineure (même accompagnée) ☐ OUI ☐ NON

Pacemaker – Stimulateur cardiaque ☐ OUI ☐ NON

Cancer (rémission de + 5 ans) ☐ OUI ☐ NON

## **CONTRE INDICATIONS SOUS AVIS MEDICAL :**

**Un avis médical écrit et daté vous sera demandé si vous présentez une ou plusieurs caractéristiques suivantes :**

Problèmes cardiaques ☐ OUI ☐ NON

Pression artérielle élevée ☐ OUI ☐ NON

Problèmes cérébrovasculaires, AVC, lésions cérébrales ☐ OUI ☐ NON

Maladies de coagulation du sang, thrombose veineuse profonde ☐ OUI ☐ NON

Maladies hémorragiques ☐ OUI ☐ NON

Maladies infectieuses ou infections en cours ☐ OUI ☐ NON

Système immunitaire anormal ☐ OUI ☐ NON

Insuffisance rénale, affection des glandes surrénales ou reins ☐ OUI ☐ NON

Troubles du système nerveux (épilepsie...) ☐ OUI ☐ NON

Dérèglement hormonal ☐ OUI ☐ NON

Maladies endocriniennes (diabète, hyperthyroïdie) ☐ OUI ☐ NON

Maladies dermatologiques chroniques (herpès, psoriasis, eczéma...) ☐ OUI ☐ NON

Allergie au soleil, sensibilité ou réaction histaminique (rougeurs, maux de tête, vomissement, diarrhées...) ☐ OUI ☐ NON

Traitement médical quotidien ☐ OUI ☐ NON

## **CONTRE INDICATIONS LOCALES ou TEMPORAIRES :**

Si vous présentez une ou plusieurs caractéristiques suivantes au niveau de la zone traitée (ponctuellement) :

Forte fièvre ☐ OUI ☐ NON

Implants, prothèses, pièces métalliques

Grossesse ☐ OUI ☐ NON Allaitement ☐ OUI ☐ NON

Inflammation aiguë (locale ou générale), inflammation de peau, œdème, lésion cutanée, peau abîmée ☐ OUI ☐ NON

Intervention chirurgicale ou cicatrices récentes (– de 3 ANS) ☐ OUI ☐ NON

Traitements médicamenteux en cours ou datant de - 1 semaine (hors contraception, hormones thyroïdiennes) ☐ OUI ☐ NON

Vaccination de moins de 72h ☐ OUI ☐ NON

Cures de vitamines en cours (préparations vitaminées) ☐ OUI ☐ NON

Utilisation de complexes homéopathiques ou extrait de plantes (millepertuis) ☐ OUI ☐ NON

Exposition solaire régulière et /ou utilisation produits auto-bronzants ☐ OUI ☐ NON

Maquillage permanent ou tatouages ☐ OUI ☐ NON

Problèmes de pigmentation cutanée ☐ OUI ☐ NON

Application de produits cosmétiques sur le corps depuis moins de 48h ☐ OUI ☐ NON

Pratique de modelage du corps aux huiles essentielles récemment réalisé ☐ OUI ☐ NON

Ne pas avoir pratiqué une autre méthode de dépilation 6 semaines avant la séance ☐ OUI ☐ NON

Je soussignée Mme, M \_\_\_\_\_ déclare sur l'honneur avoir répondu avec exactitude et sincérité au questionnaire ci-dessus. N'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur ma conseillère. Je m'engage à informer ma conseillère de toute affection ci-dessus ou de tout changement de mon état physique ou de santé qui surviendrait pendant la durée des soins qu'elle réalisera sur ma personne. En aucun cas nous ne serons être tenus pour responsables s'il s'avérait qu'une de ces recommandations n'était pas suivie ou en cas d'omission pour l'une de ces déclarations.

☐ En cochant cette case, je reconnais que les données personnelles collectées sur cette fiche (nom, prénom et questionnaire) sont strictement nécessaires à mon institut avant réalisation d'une séance, pour le suivi des séances et pour satisfaire mes demandes. Elles seront supprimées 3 ans après la dernière séance. Conformément à la Loi 78-17 modifiée et au Règlement Général de Protection des Données (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de demande d'effacement et de portabilité de données vous concernant que vous pourrez exercer en vous adressant à tout moment par mail à l'adresse mail de votre centre ou par courrier à l'adresse postale de votre centre et au Règlement Général de Protection des Données (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de demande d'effacement.

Fait à

le

Signature

# Fiche suivi séance client

[illegible]

# Fiche diagnostic dépilation laser diode

Nom / Prénom

Date de naissance

Adresse

Téléphone

Email

Profession

Origine du contact : ☐ Parrainage ☐ Internet ☐ Passage ☐ Autre

*Pour mieux déterminer vos objectifs, nous allons réaliser ensemble votre consultation*

## Votre mode de vie

Etat de santé :

Antécédents de santé :

Pathologies :

Traitements :

Grossesse : ☐ **OUI** ☐ **NON** Si Oui, date (s) :

Contraception :

Allergie - Réaction à certains composants :

Dernière prise de médicaments, compléments alimentaires, vitamine (A plus K photosensibilisant) :

Date :

Type de traitement :

## Vos habitudes d'épilation

Quelles zones épilez vous actuellement ? ☐ Maillot ☐ Aisselles ☐ ½ jambes ☐ Jambes entières ☐ Autres

Par quel moyen ? ☐ Cire ☐ Rasoir ☐ Crème dépilatoire ☐ Epilateur électrique ☐ Autres

Avez vous déjà réalisé de la dépilation par lumière pulsée ou Laser ? ☐ **OUI** ☐ **NON**

Si Oui, quelles zones :

Il y a combien de temps :

Nombre de séances réalisées :

## Vos objectifs

Quelles zones souhaitez vous traiter ? ☐ Maillot ☐ Aisselles ☐ ½ jambes ☐ Jambes entières ☐ Sillon interfessier ☐ Autres

Si maillot : ☐ Normal ☐ Brésilien ☐ Intégral ☐ Semi intégral

Si plusieurs zones, zones à traiter en priorité :

Pourquoi en venir à la dépilation durable ?

Reformulation des objectifs à votre clientes et remplir la fiche de consentement éclairé

## Phototype de peau

4 paramètres à prendre en compte

- Couleur des cheveux



- Couleur de la peau



- Fréquence des coups de soleil

☐ Constamment ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Occasionnellement si exposition intense ☐ Rarement ☐ Jamais

- Type de bronzage - Lorsque vous vous exposez au soleil, votre peau ?

- ☐ Ne bronze jamais (phototype 1)
- ☐ Acquiert parfois un hâle très léger (phototype 2)
- ☐ Bronze toujours avec un bronzage moyen (hâle claire) (phototype 3)
- ☐ Bronze toujours avec un bronzage foncé (hâle foncé) (phototype 4)
- ☐ Bronze toujours avec un bronzage très foncé (phototype 5)

## Phototype



## Aspect de la peau

Anomalies cutanées sur les zones traitées : ☐ Lésions cutanées ☐ Cicatrices ☐ Grain de beauté ☐ Imperfections  
☐ Tâches pigmentaires ☐ Tâches de rousseur ☐ Tatouage - maquillage permanent ☐ Autres

## Pilosité

Epaisseur du poil : ☐ Fin ☐ Moyen ☐ Epais

Couleur du poil : ☐ Châtain ☐ Brun ☐ Noir ☐ Blond ☐ Gris ☐ Roux / Blanc (ne pas traiter)

Soins test zone :

Fait à

le

Signature du client