Fiche consentement éclairé Client
Laser diode

Nom / Prénom

Date de naissance

Adresse

Téléphone

Email

Certaines maladies peuvent favoriser la survenue d'effets indésirables ou causer des déséquilibres suite à une ou plusieurs séances 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 ◯ **OUI** ◯ **NON**
Grossesse ◯ **OUI** ◯ **NON** Allaitement ◯ **OUI** ◯ **NON**
Inflammation aiguë (locale ou générale), inflammation de peau, œdème, lésion cutanée, peau abimée ◯ **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 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 reconnais avoir été informé(e que :

- le traitement repose sur le respect du protocole établi,
- plusieurs séances sont nécessaires en fonction du cycle pilaire,
- des effets secondaires modérés peuvent survenir (rougeurs, chaleur, oedème),
- plus rarement : brûlures, cloques, troubles pigmentaires ou absence de résultat définitif chez 1 à 2% des personnes.
- les résultats peuvent être influencés par des variations hormonales, prise de poids, contraception, stress ou prise de compléments favoraisant la pilosité. Les résultats peuvent varier selon chaque personne et ne peuvent par conséquent faire l'objet d'une garantie absolue.

Je m'engage à :

- respecter les consignes avant et après chaques séances (rasage, absence d'exposition solaire, arrêt de cire/épilation, éviter huiles essentielles et cosmétiques le jour J, signaler toute prise de médicaments)
- informer ma conseillère de tout changement médical ou médicamenteux.
- j'autorise la prise de photos à usage strictement comparatif (avant/aprés)

Fait à le Signature

Fiche suivi séance client

Date	Prénom esthéticienne	Zone traitée	Puissance (valeur en joules)	Signature client(e)

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 :

Information obligatoire

1 - Nature de l’acte

L’épilation au laser diode est un acte non médical et non thérapeutique, visant à réduire durablement la pilosité.

2 - Contre-indications

- exposition récente au soleil
- grossesse ou allaitement
- infections, lésions ou maladie de la peau
- tatouages, cicatrices récentes, implants métalliques
- maladies photosensibilisantes
- prise de médicaments photo-sensibilisants
- antécédents de cancer cutané

3 - Risques potentiels

- rougeurs, brûlures, démangeaisons
- hypo ou hyperpigmentation
- formation de croûtes, réactions allergiques
- complications rares nécessitant une consultation médicale

4 - Recommandations AVANT la séance

- ne pas s’exposer au soleil 10 jours avant
- ne pas utiliser d’autobrozant ni faire de gommage agressif
- signaler tout traitement en cours ou probléme cutané

5 - Recommandations APRES la séance

- éviter le soleil pendant au moins 10 jours aprés
- hydrater la peau, ne pas arracher les poils restants
- porter une protection solaire indicie élevé (50+)
- signaler immédiatement tout effet secondaire

6 - Obligations de protection

Le port de lunette de protection est obligatoire pendant toute le séance

7 - En cas de doute

Il est fortement recommandé de consulter un médecin pour toute zone suspecte ou douloureuse avant traitement.

8 - Déclarations d’effets indésirables

Tout effet indésirable peut être signalés sur le site officiel : https://signalement.social-sante.gouv.fr

Fait à le Signature du client