

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA TECHNIQUE **EVOLUTION 7** sequential HD

- ▷ Je certifie que je ne présente aucune des contre-indications suivantes : stimulateur cardiaque, grossesse, prise antérieure d'anticoagulant ou traitement contre le diabète, toute condition médicale ralentissant la guérison ou empêchant la coagulation sanguine, maladie infectieuse systémique ou dermatologique, chimiothérapie ou radiothérapie récentes, VIH ou SIDA ou tout autre problème immunologique, trouble médicaux ou médicaments pouvant altérer le soin.
- ▷ Je comprends que tout changement d'état de ma santé et la prise de certains médicaments pourraient influencer le résultat. Je sais que ce type de traitement est long et peut correspondre à une année de traitement suivie d'une année d'entretien pour garantir des résultats durables et définitifs.
- ▷ Je comprends que l'épilation électrique par Thermolyse ou Blend est une méthode d'épilation progressive et qui dégrade graduellement les cellules responsables de la reproduction des poils. Je connais les risques possibles de brûlures superficielles et formation de croûtelles et d'hyperpigmentation de la peau, bien que ces phénomènes soient temporaires.
- ▷ J'atteste ne pas être sous traitement ni consommer des compléments alimentaires ou autres médicaments et substances favorisant la pousse des poils.
- ▷ Je sais que des problèmes de santé non identifiés pourraient influencer le résultat final. Je ne suis pas sous l'influence de drogue ou d'alcool. Au meilleure de ma connaissance, je suis en bonne santé physique et mentale. J'ai posé mes questions et obtenu des réponses satisfaisantes.
- ▷ Je comprends que le résultat peut dépendre de facteur extérieur (génétique, hormonal,...) et qu'il n'y a pas de garantie que le résultat obtenu correspondra à l'objectif visé. Ma propre réaction corporelle et biologique joue un rôle important dans le résultat final de la procédure.
- ▷ Je confirme que j'ai plus de 18 ans et que je n'ai pas de problème de santé pouvant présenter des contre indications à la diffusion des courants galvanique et haute fréquence.

J'ai lu les explications ci-dessus et je comprends les risques et les bienfaits du soin.

J'accepte de suivre toutes les indications et les soins post épilatoires qui me sont expliqués.

En apposant ma signature, j'affirme avoir lu et compris les déclarations ci-dessus et consens à recevoir des soins avec la technique EVOLUTION 7 HD.

Je soussigné(e)....., autorise le professionnel ou un membre de son personnel qui a été formé à la technique EVOLUTION 7HD à pratiquer sur moi des soins de la technologie EVOLUTION 7 HD.

À Le / /

Nom du client : Signature :

Je soussigné(e)..... certifie avoir informé mon client de tous les aspects de la technique EVOLUTION 7HD. Je m'engage à vérifier avant chaque séance les contres indications de mon client afin d'assurer le bon déroulement du protocole de soin.

Nom du praticien : Signature :