

## CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ PRÉALABLE À UNE SESSION DE PLASMA SKINLIFT

CLIENTE:.....

ADRESSE :.....

TÉLÉPHONE :.....MAIL:.....

Je m'engage à fournir les informations relatives à mon état de santé et aux contre-indications de cette prestation esthétique :

### CONTRE-INDICATIONS À LA REALISATION D'UNE SESSION DE PLASMA :

- ☐ Grossesse et allaitement.
- ☐ Épilepsie
- ☐ Pacemaker ou autres appareils électriques implantés.
- ☐ Troubles de la coagulation ou prise d'anticoagulants
- ☐ Traitement ROACCUTANE ( traitement contre l'acné)
- ☐ Types de peaux de 4 et 5 ( peaux foncées)
- ☐ Antécédents de mauvaise cicatrisation
- ☐ Antécédents d'hyper ou d'hypo pigmentation
- ☐ Implant métallique

### CONTRE-INDICATIONS DE LA ZONE À TRAITER :

- ☐ Troubles circulatoires et/ou vasculaires
- ☐ Injections sous cutanées récentes
- ☐ Bouton de fièvre, Herpès ( zone des lèvres)
- ☐ Bronzage, coup de soleil
- ☐ Implant métallique
- ☐ Plaie ouverte ou infectée

Je reconnais avoir été informé des risques et conséquences habituelles, de complications immédiates ou ultérieures suite à la réalisation de cette prestation esthétique, de même que la possibilité de réactions individuelles exceptionnelles imprévisibles.

Je comprends que le résultat peut varier en fonction du type de peau, de la zone traitée et des soins de suivi.

Je reconnais avoir pu poser toutes les questions relatives à cet acte. Avoir pris note qu'il existe un certain degré d'imprévisibilité dans la qualité ou la durée du résultat attendu. Afin d'améliorer et d'optimiser le résultat, plusieurs séances peuvent être nécessaires. Au cas où, Il faudra attendre 7 semaines minimum entre 2 séances.

**Je reconnais avoir été informée en termes suffisamment clairs, pour me permettre d'arrêter mon choix, et vous demander de pratiquer cet acte.**

**J'ai pris connaissance, et lu l'ensemble des informations figurant sur le document :**

**« informations et recommandations avant et après une séance de Plasma » qui m'a été remis en mains propres lors du rendez-vous conseil. Je m'engage donc de mon côté à me soumettre aux soins et recommandations inscrits avant et après l'acte envisagé, et notamment sur les risques liés à une exposition aux rayons solaires.**

Le.....À.....

**SIGNATURE**

### MENTION MANUSCRITE OBLIGATOIRE

« Lu et approuvé, bon pour autorisation »

