

FORMULAIRE D'AUTORISATION MÉDICALE

Selon les conditions médicales actuelles de mon/ma patient(e) _____, je consens à ce que les traitements de resurfaçage cutané lui soient prodigués tenant compte des points suivants;

Le resurfaçage cutané de Bloomea est une d'exfoliation mécanique non-invasive qui aura pour effets :

- D'effacer couche par couche les imperfections à la surface de la peau
- De stimuler la circulation sanguine
- D'augmenter la production de collagène et d'élastine
- D'engendrer les signes d'efficacité suivants pour 24 à 48 heures suivant la séance :
 - Rougeurs diffuses
 - Sensation d'échauffement
 - Desquamation, assèchement de la peau

Les contre-indications à ce soin sont les suivantes :

- Trouble du système immunitaire
- Prise d'anticoagulants
- Diabète non-stabilisé
- Lésion(s) cutanée(s) non-stabilisée(s)
- Vitiligo
- Infection et/ou inflammation
- Herpès buccal actif
- Chirurgie récente sur la zone à traiter
- Affection cutanée (psoriasis, eczéma, urticaire)

Mon/ma patient(e), _____, devra toutefois compléter et signer le *Formulaire de consentement* destiné aux clients et assumer les risques associés aux traitements.

Nom du médecin
(en lettres moulées)

Signature

Date