

Formulaire de consentement

endermologie® visage

Par la présente, j'autorise et consens à ce que _____, ainsi que les autres techniciennes formées par l'Académie Daniele Henkel, pratiquent les procédures du concept d'endermologie® visage, au moyen de l'appareil CelluM6 de LPG, approuvé par Santé Canada.

La nature et les objectifs de traitements endermologie® visage m'ont clairement été expliqués au moment de la consultation. J'ai ainsi eu la possibilité de poser des questions et de discuter des opportunités de traitements, des limitations et des effets indésirables possibles.

Bien qu'il soit impossible de prévoir l'ensemble des éventuels risques ou complications pouvant survenir à la suite du traitement entrepris, je reconnais avoir été informé(e) des principaux signes d'efficacité et des effets indésirables susceptibles de se produire selon chaque procédure :

- Rougeurs
- Inconfort
- Échauffement
- Hématomes

Je reconnais également que les résultats ne sont pas garantis et peuvent varier d'une personne à l'autre. En effet, les résultats de chacune des technologies utilisées, comme toute procédure esthétique, peuvent ne pas être ceux espérés. Ils dépendent de plusieurs facteurs dont la condition de la peau, l'âge, le style de vie, ainsi que de mon engagement face au protocole établi et à la constance du programme que la technicienne aura suggéré. Ainsi, il se peut que des séances supplémentaires soient requises, dans le cadre de la cure de traitement.

Contre-indications à la pratique des procédures et du traitement

Je comprends l'importance de fournir, au meilleur de ma connaissance, des renseignements vrais et pertinents à l'égard de mon historique médical, lors de l'évaluation prétraitement. Dès lors, si des problèmes liés à la procédure étaient ainsi anticipés et qu'elle s'avérait contre-indiquée, au regard des informations fournies, elle ne serait pas pratiquée. Je m'engage donc à informer la technicienne de tout changement au niveau médical pouvant intervenir en cours de traitement.

Je reconnais avoir été informé(e) des contre-indications strictes liées à ce type de procédures et ne pas faire l'objet d'aucune de celles mentionnées ci-dessous :

- Cancer en cours d'évolution
- Traitement anticoagulant
- Maladie du sang
- Maladie en période de poussée inflammatoire
- Infections, éruptions cutanées
- Vitiligo
- Acné inflammatoire et infectieux
- Herpès buccal actif

Modalités générales

Coût du traitement

Le coût du traitement m'a été expliqué, je l'ai compris et en accepte les modalités

Annulation d'une séance

Si je dois annuler une séance, je comprends qu'un avis d'au moins vingt-quatre (24) heures est demandé, à défaut de quoi des frais d'annulation pourraient m'être facturés.

Photographies

Dans un souci d'amélioration des résultats, j'accepte la prise de photos avant, pendant et après les soins endermologie® visage

Je reconnais avoir lu et compris ce formulaire de consentement et toute l'information qu'il contient. J'ai compris les procédures et en accepte les risques. Toutes mes questions ont trouvé une réponse satisfaisante et je consens aux termes de ce document.

Je ne tiendrai pas responsable la ou les technicienne(s) formées, de toute condition liée à mon dossier médical, présente et non divulguée au moment de la procédure et que le traitement pourrait affecter.

Signature du client _____ date _____