

DEVIS ET CONSENTEMENT MUTUEL
Concernant une dépigmentation semi-permanente ou permanente

Informations :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Tel Portable : _____ Email : _____

La procédure choisie par le client : (cocher la case par « X »)

- Par les présentes, la/le client(e) concerné(e) **confirme l'acceptation de son consentement à long terme et de façon permanente** de la procédure de détatouage avec le NanoRemoval élaborée pour elle/lui à savoir :
Le traitement sera effectué en accord avec la procédure approuvée par les établissements agréés (normes d'hygiène et de salubrité) dans le pays dans lequel la procédure est effectuée (en France dans le cas présent).

Afin de réaliser la procédure précédemment choisie avec certitude par la/le client, Elle/Il accepte de soumettre des informations la/le concernant, en cochant par « X », les cases correspondantes.

Si la/le client(e) l'estime nécessaire, elle/il peut indiquer au dos de la feuille ses éventuels problèmes de santé et les médicaments prescrits.

Questionnaire Médical de santé du client :

Afin d'effectuer le traitement de détatouage Nanoremoval en toute sécurité, nous vous prions de bien vouloir répondre en toute sincérité aux questions suivantes concernant votre santé (**Rayer la réponse inutile**) :

1.	Hémophilie	Oui	Non
2.	Diabète Sucré	Oui	Non
3.	Hépatite A,B,C,D,E,F	Oui	Non
4.	VIH	Oui	Non
5.	Maladies de peau	Oui	Non
6.	Eczéma	Oui	Non
7.	Allergies, si oui lesquelles? Quels symptômes?	Oui	Non
8.	Maladies Auto-immunes	Oui	Non
9.	Herpès	Oui	Non
10.	Maladies infectieuses / température élevée	Oui	Non
11.	Épilepsie	Oui	Non
12.	Problèmes cardiovasculaires	Oui	Non
13.	Prenez vous des anticoagulants	Oui	Non
14.	Etes-vous enceinte? Allaites-vous?	Oui	Non
15.	Prenez vous des médicaments tous les jours?	Oui	Non
16.	Avez-vous un stimulateur cardiaque?	Oui	Non
17.	Avez-vous un problème de cicatrisation?	Oui	Non
18.	Avez-vous où êtes vous sujet aux cicatrices chéloïdes	Oui	Non
19.	Avez-vous consommé des stupéfiants ou de l'alcool pendant les dernières 24H?	Oui	Non
20.	Avez-vous subi une chirurgie, une thérapie au laser ou toute autre intervention médicale au cours des 14 derniers jours?	Oui	Non
21.	Avez-vous des injections au Botox ou Acide Hyaluronique sur le visage au cours des 15 derniers jours?	Oui	Non
22.	A la date du détatouage, êtes vous dans votre période des règles? Si cela est le cas, cet état accentue la douleur pouvant créer une éventuelle réaction inflammatoire après la procédure, si elle est réalisée au 1er jour de cette période.	Oui	Non

INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS RELATIVES A LA PRESTATION

Veillez parapher après avoir pris connaissance de chaque information importante

- Avant de signer cet accord, la Spécialiste a informé le client sur le contexte et la méthodologie de la procédure, la nature de l'engagement ainsi que ses objectifs et ses résultats. La Spécialiste lui aura préalablement informé de la qualité de la prestation, de son déroulement, des séances nécessaires pour atteindre le résultat souhaité, les éventuels risques et conséquences liés à cette prestation, les futurs traitements et mesures nécessaires jusqu'à l'obtention d'un résultat satisfaisant, des « injections » et du matériel utilisés pour la prestation. La Spécialiste devra répondre aux questions et inquiétudes du client liées à cette même prestation. La/Le client confirme avoir lu le déroulement et la procédure de la prestation.

(Parapher)

- 2. Avant de signer cet accord, La Spécialiste de cette procédure, doit informer le client des éventuelles complications envisageables liées à cette prestation. La/Le client ne fait pas l'objet d'hémophilie, de diabète, d'hépatite, du virus de VIH, ou de toute autre maladies et/ou infections cutanées, n'est pas enceinte ou allaitante. La/le client ne doit pas administrer des médicaments contre la coagulation du sang, de l'aspirine, de l'orphanine (de la catégorie des médicaments inflammatoires). Le client approuve que la prestation ne puisse pas être réalisée s'il fait l'objet des maladies susmentionnées.

(Parapher)

- 3. Avant de signer cet accord commun, la/le client doit informer La Spécialiste des maladies auparavant contractées et des médicaments prescrits pour qu'elle puisse évaluer si la prestation peut avoir lieu ou non. Le client ne doit pas avoir consommé, les 24 H précédant la prestation ainsi que les 24 H suivant la prestation, de l'alcool, de la drogue, des substances chimiques, des stimulants ou anti-inflammatoires (sauf si elle/il est sensible aux anesthésiants).
(Parapher)
- 4. La/le client approuve que durant et/ou après la prestation, il peut y avoir des risques de gonflements, d'augmentation de la pression artérielle, de présence de douleur, des irritations, des étirements, des dessèchements, des réactions allergiques, des formations de croûte, au niveau de la zone où a été réalisée la prestation, mais que ces effets vont progressivement s'atténuer. La/le client a été informé(e) des instructions à suivre après la prestation, du temps de la disparition des effets secondaires et des comportements et précautions à adopter pour une cicatrisation saine et rapide, et des produits cosmétiques du quotidien autorisés et proscrits.
(Parapher)
- 5. La/le client approuve que durant et/ou après la prestation, un changement de la couleur de pigmentation peut apparaître dû à un rejet de la couleur du pigment. La/le client approuve que les résultats dépendent de l'épiderme de chacun, qu'elle est différente, provoquant ainsi des résultats variés et propres à chacun. Néanmoins, il n'y a pas de durée minimale ni maximale fixée pour le résultat souhaité, et la Spécialiste ne peut fournir aucune garantie.
(Parapher)
- 6. La/le client approuve que, dans le milieu médical, cette prestation provoque rarement : des infections virales, bactériennes et fongiques, une détérioration des vaisseaux sanguins et nerveux, des réactions allergiques, des cicatrices, ou la répétition d'une maladie que la/le client avait déjà contracté.
(Parapher)
- 7. La/le client approuve que la prestation puisse lui causer des lésions cutanées en particulier s'il ne suit pas respectueusement les soins d'après traitement recommandés. Par conséquent, un contrôle post-traitement est nécessaire pour la cicatrisation de la peau. Un traitement excessif de la peau peut entraîner des résultats non désirés et pourrait altérer le bon déroulement de la prestation ; la Spécialiste n'est en aucun cas responsable des résultats non désirés.
(Parapher)
- 8. La/le client dispose de ses droits individuels, et n'a besoin d'aucun autre consentement dans la décision de bénéficier de cette prestation. Le client dispose de sa propre volonté afin d'évaluer toutes les circonstances de cette prestation.
(Parapher)
- **Pendant les 6 semaines suivant la procédure, la/le client doit délivrer des photos de la zone concernée au moins une fois par semaine pour que la Spécialiste puisse suivre l'évolution de la cicatrisation. La spécialiste dispose des droits sur les photographies lors d'une présentation professionnelle à un public défini, s'en servir pour une éventuelle formation, ou évaluer son travail à travers les médias.**
(Parapher)
- 9. Avant de signer cet accord, la/le client affirme avoir lu et compris l'ensemble de ce formulaire, affirme être en droit de poser toutes les questions nécessaires à la Spécialiste qu'il aura choisi au préalable, afin d'étudier et d'évaluer la réalisation de cette prestation, et approuver toutes les clauses. La/le client donne bel et bien son accord et son consentement à cette prestation en certifiant, précédant sa signature, son nom et prénom, la mention «lu et approuvé» à toutes les mentions de ce document.
(Parapher)

➤ 10. Ce document est également considéré comme une carte de prestation de service. Ce document a été réalisé en deux exemplaires : un pour le client et un pour la Spécialiste.
(Parapher)

Il me sera également remis les « recommandations après dépigmentation » dont le contenu m’a été expliqué et je suivrai les conseils fournis.

La dépigmentation m’a été expliquée et j’ai eu tout le loisir de poser les questions auxquelles il m’a été répondu de manière satisfaisante.

Je n’ai à ma connaissance aucune contre-indication, je ne suis pas enceinte, n’allait pas, je n’ai pas de problèmes allergiques ou de difficultés à cicatriser. Je ne suis pas sous traitements médicamenteux, sous l’emprise de drogues ou d’alcool, etc.

Pour accord, à : Le :

Faire précéder les signatures de la mention « **lu et approuvé** » en deux exemplaires

Signature du client :

Signature de la Phi Artist :