

Ce document ainsi que les documents suivants sont à remplir et à nous déposer à l'Institut (à l'accueil ou en boîte aux lettres) ou bien à nous transmettre par email à **institutvaldanast@gmail.com**

Date : .....

Nom & Prénom : .....

Genre de naissance (femme ou homme) : .....

Date de naissance : .....

Téléphone: ..... E-mail : .....

Méthode d'épilation choisie (laser, lumière pulsée, hésitation) : .....

Mode d'épilation actuel / habituellement utilisé :

Intéressé(e) par une épilation des zones suivantes :

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.
- 11.
- 12.
- 13.
- 14.
- 15.

Ne pas hésiter à décrire les poils sur chaque zones (fin / épais, nombreux / éparses, foncés / clairs etc...)

## **INFORMATIONS GÉNÉRALES**

- Êtes-vous enceinte ?
- Allaitiez-vous ?
- Une grossesse est-elle souhaitée actuellement ?
- Quel est votre mode de contraception ?
- Êtes-vous en préménopause / ménopause ?

## **ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX**

- Avez-vous une maladie systémique ou rhumatismale ?
- Avez-vous un lupus érythémateux disséminé, une dermatomyosite, une sclérodermie ?
- Êtes-vous porteur d'un stimulateur ou d'un défibrillateur cardiaque ?
- Êtes-vous porteur d'un autre dispositif électronique implanté ?
- Avez-vous des troubles de la sensibilité, une syringomyélie ?
- Êtes-vous épileptique ?
- Avez-vous subi une opération avec risque de vis ou de plaque métallique sur une des zones à traiter ?

## **ANTÉCÉDENTS INFECTIEUX**

- Avez-vous des antécédents d'hépatite C, de VIH ou de tuberculose ?
- Avez-vous eu de la fièvre récemment ? (le jour de la séance vous ne devez pas en avoir)
- Avez-vous une autre infection chronique ?

## **ANTÉCÉDENTS CUTANÉS**

- Avez-vous des antécédents infectieux cutanés récents ?
- Avez-vous des antécédents d'herpès (boutons de fièvre) ?
- Avez-vous déjà eu des problèmes de peau liés au soleil ?
- Avez-vous de l'eczéma ? une autre dermatose ? un psoriasis ? un vitiligo ?
- Avez-vous consulté un dermatologue pour un problème particulier de peau ?
- Avez-vous des antécédents de cancer de la peau ?
- Votre peau a-t-elle été traitée par des rayons pour un cancer ?
- Avez-vous des antécédents de mauvaises cicatrices, volumineuses et qui durent longtemps ?
- Avez-vous de nombreux grains de beauté ?
- Avez-vous des poils blancs, gris ou blonds clairs ?
- Avez-vous des tatouages ou maquillages permanents sur la zone à traiter ?
- Vous êtes-vous exposé au soleil ou aux lampes UV récemment ?

## **ANTÉCÉDENTS ESTHÉTIQUES**

- Avez-vous déjà réalisé un protocole de lumière pulsée dans la zone à traiter ?
- Avez-vous présenté des tâches de peau à la suite d'un traitement par lumière pulsée ou peeling ?
- Avez-vous déjà réalisé un peeling ou une exfoliation dans la zone à traiter ?

## **ANTÉCÉDENTS ALLERGIQUES**

- Avez-vous des antécédents allergiques ?
- Avez-vous présenté un urticaire récemment ?

## **PRISES MÉDICAMENTEUSES**

- Avez-vous pris récemment un produit autobronzant ?
- Avez-vous pris récemment des médicaments ?
- Êtes-vous sous traitement autre que pilule, paracétamol ou aspirine ?

## **REMARQUES ÉVENTUELLES**

**Je soussigné(e)..... déclare avoir été informé(e) de tous les aspects concernant la lumière pulsée / le laser, de l'efficacité du traitement, des contre-indications ainsi que des effets secondaires éventuels. liés à ces techniques.**

**Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité au questionnaire de santé, n'avoir rien omis de déclarer qui puisse induire en erreur mon esthéticienne. Je comprends qu'il est également de ma responsabilité d'informer la praticienne de tout changement me concernant en rapport avec les contre-indications du protocole. Je confirme mon souhait de me faire traiter par cette technique et m'engage à respecter rigoureusement toutes les consignes pour obtenir un résultat optimal.**

Conformément aux renseignements fournis par l'institut, j'atteste que :

1. Je suis âgé(e) d'au moins 18 ans.
2. Je ne suis pas enceinte.
3. Je ne suis pas sous l'emprise d'alcool ou de stupéfiants.
4. Je ne suis pas sous traitement roaccutane© ou sous tout autre traitement agressif pour la peau depuis plus de 6 mois.
5. Je n'ai pas de problèmes ou maladies de peau (cancer, trouble de la pigmentation ou de la cicatrisation, allergie...)
6. Je n'ai pas exposé ma peau au soleil ou aux UV depuis au moins 10 jours, ni réalisé de peeling sur la zone traitée depuis au moins 15 jours.
7. Vous m'avez informé(e) de manière claire et détaillée.
  - Du caractère éventuellement désagréable des actes en fonction de la zone ciblée.
  - Des risques du flash en cas d'épilepsie.
  - Des précautions à respecter avant & après la séance
  - Des complications éventuelles.
  - Du fait que la prestation soit exécutée par une professionnelle confirmée.
8. Vous avez procédé à la recherche des contre-indications et je vous ai fait part des maladies, traitements, implants (pacemaker) et interventions éventuelles qui ne sont pas compatibles avec ce soin à ce jour et en cas de doute, j'ai consulté un médecin.
9. Je consens au port de lunettes adaptées obligatoires pendant la séance.
10. J'ai compris que le soin est à visée esthétique et que ma décision de le faire est personnelle et volontaire.
11. Vous m'avez expliqué les détails de l'acte en termes clairs, le déroulement en plusieurs séances et avez répondu à toutes mes questions.

**Je certifie avoir été pleinement informé(e) des effets secondaires et éventuelles complications à l'utilisation de cette technique et déclare les accepter.**

**Date :**

**Signature suivie de la mention  
«lu et approuvé»**