

Informations importantes sur les soins pré- et postopératoires

- Au moins 1 jour avant et après le traitement, bien protéger le corps du soleil, surtout la / les zone(s) traitée(s) (SPF 50) La peau présentant des coups de soleil ne peut et ne doit pas être traitée.
- Les bains de soleil juste avant ou après le traitement peuvent entraîner des brûlures ou des rougeurs sur lesquelles nous n'avons aucune influence pendant le traitement. C'est pourquoi il faut éviter le contact direct avec le soleil juste avant et après le traitement et veiller à toujours bien protéger la zone traitée avec une crème solaire suffisante.
- Éviter le solarium 1 semaine avant et après chaque traitement.
- Ne pas utiliser de crèmes blanchissantes, de peelings ou de produits parfumés sur la zone traitée 24 heures avant le traitement.
- 2 à 5 semaines avant le traitement, pas d'injections d'hyaluron ou de botox dans la zone traitée.
- Ne pas faire de micro-needling sur la zone traitée 2 à 4 semaines avant le traitement.
- 4 à 8 semaines avant le traitement, ne pas faire de peelings chimiques ou de cures de peeling aux acides de fruits (plusieurs traitements) sur la zone traitée.
- Éviter les bains très chauds, les douches, les bains de vapeur, les saunas, la natation, le sport et les peelings pendant 24 heures.
- Les poils de la/des zone(s) traitée(s) ne doivent pas être retirés à la racine au préalable. C'est-à-dire 6 semaines avant le premier traitement, pas d'épilation, pas d'épilation à la cire, pas de sugaring et pas de waxing.
- Raser la zone 1 à 2 jours avant chaque traitement. (un léger chaume est nécessaire pour guider la lumière pulsée). Si les poils poussent plus lentement, raser plus tôt en conséquence.

Données du client & feuille d'anamnèse

Prénom, nom de famille :

_____ Adresse :

_____ Numéro de téléphone :

_____ Adresse électronique :

_____ Date de naissance :

Comment avez-vous entendu parler de nous pour la première fois ?

Médias sociaux Google Recommandation Connaissances/amis Journal

Veillez répondre soigneusement aux questions suivantes afin que nous puissions mieux évaluer vos risques individuels et adapter le traitement de manière optimale.

Veillez cocher et compléter ce qui convient.

Âge : _____ Années ; Sexe : F m

Taille : _____ cm ; Poids : _____ kg ;

1.) Prenez-vous régulièrement des médicaments (par ex. des analgésiques, des anticoagulants (par ex. Aspirin®, Marcumar®, Plavix®, Pradaxa®), des tranquillisants, des hormones (par ex. contraceptifs), des somnifères, des médicaments qui sensibilisent à la lumière (par ex. tétracyclines)) ?

Oui Non

Si oui, lesquels et en quelle quantité (mg) ?

En cas d'administration d'une quantité supérieure à 100mg, il est nécessaire de consulter votre médecin !

2.) Existe-t-il des allergies (par ex. rhume des foins, asthme, eczéma atopique (dermatite atopique), eczéma de contact allergique ou des intolérances (par ex. analgésiques, médicaments, anesthésiques, produits de contraste, aliments, pansements, latex) ?

Oui Non

Si oui, lesquelles ?

3.) Avez-vous déjà subi un traitement au laser ? Oui Non

Si oui - quand, avec quel laser et quelle zone de traitement ?

Si oui, a-t-elle été sans complications ? Oui Non

4.) Existe-t-il une maladie du sang, une anémie ou un trouble de la coagulation ?
Oui Non

Si oui, veuillez préciser.

5.) Existait-il ou existe-t-il une maladie cardiovasculaire, vasculaire ou pulmonaire (par ex. hypertension, valvulopathie, arythmie, infarctus du myocarde, angine de poitrine, malformations cardiaques, troubles circulatoires) ou un cancer, une épilepsie ou un diabète ?
Oui Non

Si oui, lesquelles ?

6) Portez-vous un stimulateur cardiaque ? Oui Non

7) Êtes-vous sujet(te) à des infections cutanées ou autres ? Oui Non

8) Avez-vous des boutons de fièvre ou de l'herpès génital ? Oui Non

9.) Vous avez une sensibilité accrue à la lumière ou ce que l'on appelle une allergie solaire ?
Oui Non

10.) Avez-vous/avez-vous eu un traitement contre l'acné ? Oui Non

11.) Avez-vous déjà subi une abrasion de la peau (microdermabrasion) ou un peeling chimique ?
 Oui Non

Si oui, y a-t-il eu des problèmes ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

12.) Avez-vous déjà subi un traitement cosmétique (par ex. Botox, fillers, fils d'or, maquillage permanent) ?
Oui Non

Si oui, quand et lesquelles ?

13.) Vous avez tendance à avoir une pigmentation irrégulière (taches claires/foncées ou les deux) ?
Oui Non

14.) Avez-vous tendance à avoir des cicatrices plus importantes ? Oui Non

15.) Avez-vous été exposé(e) à un rayonnement solaire intense ou à un solarium au cours des 4 dernières semaines ?
Oui Non

Si oui, quand et lesquelles ?

16.) Consommation régulière de produits du tabac ? Oui Non

Si oui, quoi et en quelle quantité ?

17.) Consommation régulière d'alcool ? Oui Non

Si oui, quoi et en quelle quantité ?

18.) Vous avez des piercings ? (par ex. piercing intime, ancre dermique)
Oui Non

19.) Question supplémentaire pour les femmes en âge de procréer : pourriez-vous être enceinte ?
Oui Non

Remarques sur l'entretien d'information du client

Le traitement suivant est prévu :

Épilation permanente au laser à 3 ondes Premiumpermanent hair removal sur les parties du corps suivantes :

Sur le visage (lèvre supérieure, menton, sourcils)

Au niveau de la poitrine, du dos, du ventre

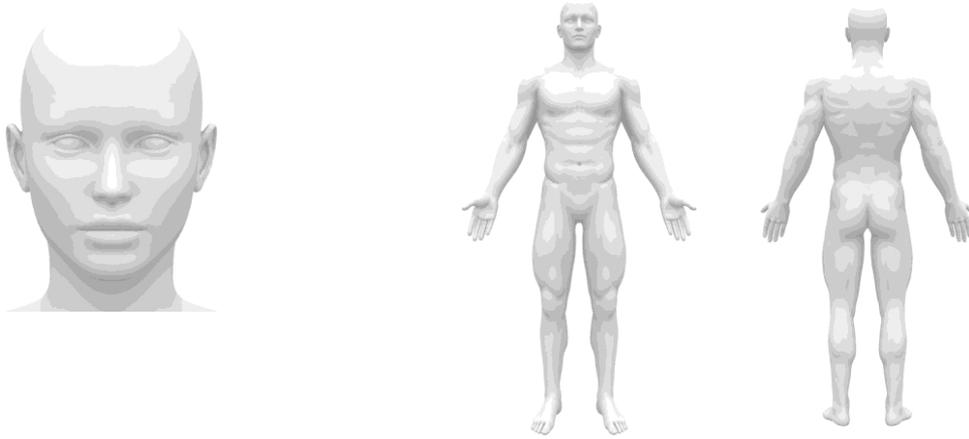
Dans les zones des aisselles

Dans la zone du bikini

Sur les jambes

Autre : (désigner le cas échéant) _____

Pour cocher et dessiner les zones à épiler.



Couleur des cheveux :

- Clair (blond) Gris Marron Noir Rouge

Fermeté des cheveux :

- Normal dur doux

Épaisseur des cheveux :

- Forte Moyen (normal) Fin/fin

Pigmentation de la peau :

- Clair Normal Sombre Hyperpigmentation Vitiligo

Début prévu du traitement (date) :

Déclaration de consentement

J'ai été informée en détail sur l'épilation prévue, la nature et l'importance du traitement, les risques et les complications possibles ainsi que les chances de succès lors d'un entretien d'information. J'ai lu et compris le formulaire d'information. J'ai pu poser toutes les questions qui me semblaient importantes. On m'a répondu de manière complète et compréhensible. J'ai répondu au mieux de mes connaissances aux questions concernant mes antécédents médicaux (anamnèse). J'ai reçu les conseils de comportement et les recommandations pour le suivi et je les respecterai.

Lieu, date, heure :

Signature et consentement du client/de la cliente :
