



**Épilation au laser
Fiche client (e) / Questionnaire**

Nom du client : _____ Date : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone au domicile : _____ Au travail : _____

Femme Référé par : _____

Homme Date de naissance : _____

Régions à traiter : _____

Quelles méthodes d'épilation utilisez-vous présentement dans ces régions?

Électrolyse : _____ Cire : _____ Rasoir : _____ Crème épilatoire : _____

Pince à sourcils : _____

Classification de la peau selon la Charte de FitzPatrick

| | |
|---|---|
| <p>Quelle est la couleur de vos yeux ?</p> <p>0 Bleu pâle, gris pâle, vert pâle 1 Bleu, gris ou vert 2 Bleu 3 Brun foncé 4 Brun noir</p> | <p>Quelle est la couleur naturelle de vos cheveux ?</p> <p>0 Roux 1 Blonds 2 Châtains/ Blonds foncés 3 Bruns foncés 4 Noirs</p> |
| <p>Quelle est la couleur de votre peau sur les régions non exposées?</p> <p>0 Rougeâtre 1 Très pâle 2 Pâle, teintée beige 3 Brun pâle 4 Brun foncé</p> | <p>Avez-vous des taches de rousseur sur les régions non exposées?</p> <p>0 Beaucoup 1 Plusieurs 2 Quelques-unes 3 Rares 4 Aucune</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Que se passe-t-il lorsque vous restez au soleil trop longtemps?</p> <p>0 Dououreux, formation d'ampoules, rougeur, peau qui pèle</p> <p>1 Brûlures, suivies de peau qui pèle</p> <p>2 Brûlures, parfois suivies de peau qui pèle</p> <p>3 Brûle rarement</p> <p>4 N'a jamais brûlée</p> | <p>À quel degré bronzez-vous?</p> <p>0 Bronze à peine</p> <p>1 Bronzage léger</p> <p>2 Bronze raisonnablement</p> <p>3 Bronze très facilement</p> <p>4 Peau devient brun foncé</p> |
| <p>Votre peau devient-elle brune quelques heures après une exposition au soleil?</p> <p>0 À peine ou pas du tout</p> <p>1 Rarement</p> <p>2 Quelques fois</p> <p>3 Souvent</p> <p>4 Toujours</p> | <p>Comment la peau de votre visage réagit au soleil?</p> <p>0 Très sensible</p> <p>1 Sensible</p> <p>2 Normale</p> <p>3 Très résistante</p> <p>4 N'a jamais eu de problème</p> |
| <p>À quand remonte votre dernière exposition au soleil ou au lit de bronzage?</p> <p>0 Il y a plus de 3 mois</p> <p>1 Il y a 2-3 mois</p> <p>2 Il y a 1-2 mois</p> <p>3 Il y a moins d'un mois</p> <p>4 Il y a moins de 2 semaines</p> | <p>Est-ce que vous exposez la région à traiter au soleil?</p> <p>0 Jamais</p> <p>2 Presque jamais</p> <p>3 Quelques fois</p> <p>4 Souvent</p> <p>5 Toujours</p> |

Additionnez vos résultats :

| Résultats | classification de FitzPatrick |
|------------|--------------------------------------|
| 0 – 7 | I |
| 8 – 16 | II |
| 17 – 25 | III |
| 25 – 30 | IV |
| Plus de 30 | V |

Avez-vous recours à ces différents types de bronzage ?

En cabine :

Autobronzant :

Extérieur sans protection solaire :

Avec protection :

Veillez dresser la liste de tous les médicaments que vous prenez en incluant les vitamines, les aspirines, etc. ainsi que les problèmes de santé y étant reliés :

Prenez-vous des contraceptifs oraux ? Oui/ non

Si oui, pourquoi : _____

Vos menstruations sont-elles régulières : Oui / non

À quelles fréquences : _____

Êtes-vous enceinte ou croyez-vous l'être ? Oui / non

Utilisez-vous actuellement :

Des rétinoïdes ? _____ des l'hydroquinone ? _____

des AHA ? _____

Si oui, depuis quand ?

Avez-vous déjà pris :

Accutane Oui / non

Sel d'Or Oui / non

Cortisone Oui / non

Si oui, depuis quand ? _____

Avez-vous déjà eu recours à :

Un exfoliant chimique Oui / non

Un traitement au laser pour l'épilation Oui / non

Si oui, lequel? _____

Combien de traitements avez-vous eus ? _____

À quelle date remonte le dernier traitement ? _____

Au maquillage semi-permanent ou permanent ? Oui / non

Un Tatouage ? Oui / non

La radiothérapie locale ? Oui / non

Si oui, depuis quand ? -----

Avez-vous des antécédents familiaux de problèmes de peau (particulièrement de mélanomes, de cancer de la peau ou de vitiligo)?

Oui / non

Si oui quel est le lien familial ? _____

Veillez cocher, dans la liste suivante, les maladies dont vous souffrez ou avez souffert de :

Maladie endocrinienne Ex. (Ovaires poly kystiques)

Mélanome

Hypertension artérielle

Diabète

Hépatite

VIH / SIDA

Tuberculose

Saignements faciles / Anticoagulants

Chirurgie récente : _____

Herpès

Acné kystique

Vitiligo

Problèmes hormonaux

Allergies : _____

Épilepsie

Maladies infectieuses, si oui, laquelle : _____

Autres : _____

Section réservée au (à la) consultant (e) : _____

Épilation au laser ENTENTE

Préalablement à l'exécution de tout traitement par une personne autorisée par _____ je reconnais par la présente que :

je comprends bien que ce traitement d'épilation au laser vise à miniaturiser les follicules pileux et qu'en aucun cas, je ne peux obtenir de garantie relative à la permanence du traitement;

je comprends bien qu'il est nécessaire et obligatoire de recevoir plusieurs traitements, soit une série de traitements consécutifs, afin de tenter d'éliminer les poils situés sur une seule et même partie du corps, comme à titre d'exemple, les aisselles;

je comprends bien que ce traitement sur la plupart des poils de couleur pâle, blanc ou blond peut s'avérer totalement inefficace;

je comprends bien que mon état de santé présent ou futur, une maladie ou la prise de médicaments et d'autres facteurs influencent la pousse des poils;

je comprends bien que pour certaines personnes, l'exécution de ce traitement ne produit aucun changement sur le nombre de poils et la fréquence de pousse des poils, et ce, même après plusieurs traitements ou une série de traitements

consécutifs; toutefois, pour un bon nombre de personnes, on remarque un taux d'efficacité se situant approximativement à quatre-vingt-cinq pourcent (85 %) relativement à la pousse de poils;

je comprends bien que des effets secondaires sont possibles suite au traitement au laser, tels que :

la formation de crotelles, cloques, boursouflures, rougeurs;

le changement pigmentaire (hypo ou hyperpigmentation);

le changement de texture ou cicatrices (très rarement cependant)

une infection, telle que HSV, HPV (herpès buccal ou génital), bactérienne (rarement);

j'ai été informé par _____, qu'elle pourrait découvrir, en tout temps, que mon état nécessite un traitement et/ou un procédé différent et/ou supplémentaire et/ou complémentaire à celui qui était initialement prévu dans le cadre de cette entente;

j'ai été informé du coût de chaque traitement que je devrai recevoir dans le cadre d'une série de traitements consécutifs pour et visant une seule et même partie du corps, et le coût fixé pour chacun des traitements, d'une telle série de traitements ne sera pas sujet à changement/ modification ;

Relativement à l'exécution de tout traitement par une personne autorisée par _____, et sans restreindre et/ou diminuer la portée de ce qui est mentionné plus haut à la présente, je reconnais que :

je donne un consentement libre et éclairé à l'exécution de tout traitement sur ma personne par _____.

je donne, de façon libre et volontaire, toutes les informations demandées relativement à mon état de santé ainsi que relativement à toutes médications ou drogue, prescrites ou non, que je consomme; et à l'égard de tout traitement et/ou soin de santé ou esthétique qui m'est administré ;

je m'engage à respecter et à suivre, de façon rigoureuse et méticuleuse, les indications ou recommandations suivantes, afin d'optimiser l'efficacité de chaque traitement :

le rasage entre chaque traitement est recommandé ;

ne pas me faire bronzer la peau, en aucune façon, pour une période de quatre (4) semaines avant de recevoir un traitement et d'un minimum de deux (2) semaines après le traitement;

respecter les échéances des rendez-vous fixés par la technicienne autorisée;

ne pas prendre de médicament antibiotique moins de deux (2) semaines avant un traitement;

je devrai avertir si un changement de mon état de santé ou toute prise de médication ou drogue, qu'elle soit prescrite ou non.

je m'engage à me présenter selon l'horaire et dans les délais qui me seront indiqués par la technicienne à chaque traitement, cela assurera l'efficacité du traitement et de meilleurs résultats ;

je m'engage à ne pas modifier l'horaire ou reporter un délai pour un traitement qui me sera indiqué, et ce, afin de me permettre d'optimiser l'efficacité de chaque traitement ;

je m'engage à aviser la technicienne au moins quarante-huit (48) heures à l'avance, afin de reporter la date d'un traitement prévu ;

je m'engage à ne pas subir d'autres traitements et/ou soins similaires et ayant les mêmes but et objectif, pendant toute la durée des traitements chez _____

j'ai été avisé que la moyenne de traitements nécessaires pour la partie de mon corps traité (sauf visage et les femmes en changement hormonal) sera d'environ de 6-8 traitements;

j'ai été avisé que je devrai me rendre disponible auprès de la technicienne si elle juge nécessaire, aux fins d'examen et d'analyse.

Ce document représente l'entente pendant la durée complète des traitements et nous en acceptons les termes et les conditions :

Signature du client / de la cliente

Date

Signature de la personne autorisée

Date

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |