

FICHE DE CONSENTEMENT - HTA CRYO

Nom : Prénom : Téléphone : Date :

CONTRE-INDICATIONS*

Contre-indications strictes (pas de séance possible)	OUI NON	
Mineur (même accompagné)		
Pacemaker - Stimulateur cardiaque		
Allergie au froid (maladie de Raynaud)		
Cancer (rémission de - 5 ans)		
Cryoglobulinémie (maladie auto immune)		
Obésité		

Contre-indications sous avis médical (un avis médical de moins d'un mois, écrit et daté vous sera demandé)

Problèmes cardiaques		
Pression artérielle élevée		
Problèmes cérébrovasculaires, AVC, lésions cérébrales, troubles du système nerveux (épilepsie...)		
Maladies de coagulation du sang, thrombose veineuse profonde, maladies hémorragiques, varices oedémateuses...		
Maladies infectieuses ou infections en cours		
Système immunitaire anormal		
Insuffisance rénale, affection des glandes surrénales ou reins		
Troubles du système nerveux (épilepsie...)		
Dérèglement hormonal non stabilisé		
Maladies endocriniennes (diabète, hyperthyroïdie...)		
Allergie cutanée, sensibilité ou réaction histaminique (rougeurs, maux de tête, vomissement, diarrhées...)		

Contre-indications locales ou temporaires (pas de séance possible le jour J ou sur la zone)

Forte fièvre		
Implants, prothèses, pièces métalliques ...		
Hernie ou antécédent d'hernie au niveau ou proche de la zone traitée		
Grossesse, allaitement, accouchement au cours des 3 derniers mois		
Inflammation aiguës (locale ou générale), inflammation de peau, œdème...		
Blessure ouverte, infectée. Peau abîmée, lésée (coup de soleil, brûlure...)		
Maladies de peau : eczéma, dermatites, éruptions cutanées...		
Séance de Cryo sur la même zone inférieure à 15 jours		
Intervention chirurgicale ou cicatrices récentes (- de 3 ans)		
Application de produits cosmétiques sur le corps depuis moins de 48h		
Pratique de modelage du corps aux huiles essentielles récemment réalisé		

DÉCHARGE CLIENT

• CLIENT

Si vous avez un doute sur ces éléments, contactez votre médecin avant d'effectuer une séance. De même, si vous êtes sous traitement médical ou avez subi une opération chirurgicale, vérifiez sa compatibilité avec les effets de la séance auprès de votre médecin.

Je soussigné(e) Mme/M*déclare sur l'honneur :

- avoir reçu les informations sur les risques contre-indications et recommandations
- avoir répondu avec exactitude et sincérité au questionnaire ci-dessus
- n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur mon esthéticienne, notamment quant aux contre-indications susvisées.

Je m'engage en outre à informer mon/ma conseiller(ère) de toute affection ci-dessus ou de tout changement de mon état physique ou de santé qui surviendrait pendant la durée des soins qu'elle réalisera sur ma personne.

Je reconnais qu'en aucun cas l'institut ne sera tenu pour responsable s'il s'avérait qu'une de ces recommandations n'était pas suivie ou en cas d'omission pour l'une de ces déclarations.

Les données personnelles (nom, prénom, numéro de téléphone, type de prestations, données de santé) sont collectées dans le cadre de la réalisation d'un soin et du suivi client, par la société identifiée ci-dessous, en sa qualité de responsable du traitement des données à caractère personnel.

Les données de santé (allergies/réactions, problèmes médicaux, traitement médical, etc.) vous sont demandées à titre préventif pour dépister vos éventuelles contre-indications et afin de pouvoir vous dispenser les soins esthétiques les plus adaptés.

Le traitement de ces données est fondé sur le consentement exprès du client (article 6.1 du RGPD).

Ces données sont enregistrées dans un fichier informatisé sécurisé.

En cochant cette case, je reconnais que les données personnelles collectées sur cette fiche sont strictement nécessaires avant la réalisation de la prestation esthétique, et j'accepte que lesdites données soient collectées par mon centre dans le cadre de la réalisation de ladite prestation et du suivi client.

Elles seront supprimées 3 ans après la dernière visite.

Conformément à la LOI 78-17 modifiée et au Règlement Général de Protection des Données (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de demande d'effacement et de portabilité de vos données que vous pouvez exercer en vous adressant à tout moment par courrier à l'adresse du Centre.

En deux exemplaires, dont l'un remis au client

Fait à, le

Signature :

• INSTITUT - CENTRE

Je soussigné(e) Mme, M , déclare sur l'honneur avoir informé mon client de tous les aspects concernant la cure de remodelage HTA CRYO (technique, déroulement de la séance, contre-indication, suivi).

Date :

Signature et tampon :