

FICHE DE CONSENTEMENT - HTA PRIMIS

Nom : Prénom : Téléphone : Date :

CONTRE-INDICATIONS*

Contre-indications strictes (pas de séance possible)

	OUI	NON
Mineur (même accompagné)		
Pacemaker - Stimulateur cardiaque		
Cancer (rémission de - 5 ans)		
Phlébites non traitées		

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

Problèmes cardiaques		
Inflammation aiguë (locale ou générale), inflammation de peau, œdème..		
Tumeurs malignes		
Pression artérielle élevée		
Problèmes cérébrovasculaires, AVC, lésions cérébrales, troubles du système nerveux (épilepsie...), pathologie neuromusculaire		
Maladies de coagulation du sang, thrombose veineuse profonde, maladies hémorragiques...		
Varices œdémateuse		
Asthme		
Maladies infectieuses ou infections en cours		
Système immunitaire anormal, maladie auto immunes (cryoglobulinémie...)		
Insuffisance rénale, affection des glandes surrénales ou reins		
Troubles psychologiques		
Maladies endocriniennes (diabète, hyperthyroïdie...)		
Allergie cutanée, sensibilité ou réaction histaminique (rougeurs, maux de tête, vomissement, diarrhées...), maladies dermatologiques chroniques (herpès, psoriasis, eczéma...)		

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

Forte fièvre		
Grossesse, allaitement, accouchement au cours des 3 derniers mois		
Inflammation aiguës (locale ou générale), inflammation de peau, œdème, lésion cutanée...		
Blessure ouverte, infectée. Peau abîmée, lésée (coup de soleil, brûlure...)		
Maladie de peau : eczéma, dermatites, éruptions cutanées...		
Implants, prothèses, pièces métalliques		
Intervention chirurgicale ou cicatrices récentes (- de 3 ans)		
Paralysies, insensibilités		

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 HTA PRIMIS (technique, déroulement de la séance, contre-indication, suivi).

Date :

Signature et tampon :