



THERAPIE ENDOSPHERE

CONSENTEMENT-ECLAIRÉ

Je soussigné(e),

Nom, Prénom :

Date de naissance :

N° de téléphone :

E-mail :

Déclare avoir été informé(é) sur les points détaillés ci-dessous et avoir reçu toutes les réponses nécessaires au bon déroulement des soins esthétiques par la technique « La Thérapie d'Endosphère ».

Déclaration de Santé :

Je déclare ne pas souffrir d'une quelconque maladie qui m'interdise les soins esthétiques.

Protocole et méthode :

- J'ai été informé(é) du protocole mis en place.
- J'ai été informé(é) que le résultat dépend de multiples facteurs et que les résultats peuvent différer d'une personne à l'autre en fonction de nombreux critères.
- J'ai été informé des bénéfices attendus de cet acte et en aucun cas d'une garantie de résultat devant l'imprévisibilité de résultat et les spécificités individuelles.
- J'ai été informé des avantages et des risques. J'ai bien noté les effets secondaires éventuels et autres risques y compris vitaux, dus à des réactions individuelles imprévisibles voire inconnues à court, moyen ou long terme.
- J'ai été informé(é) des contre-indications susceptibles de retarder, voire d'interdire le soin.

Contre-indications :

- Femme enceinte
- Femme allaitante
- Tuberculose
- Thrombose
- Phlébite
- Asthme sévère
- Hypotension artérielle
- Hyperthyroïdie
- Pathologie cutanée active ou sévère, telle que la sarcoïdose cutanée ou le lupus
- Eczéma, blessure ou inflammation/infection sur la zone que vous souhaitez traiter.

En cas de doute ou de maladie chronique, veuillez demander l'avis à votre médecin traitant avant de prendre votre rdv.

REMARQUES PARTICULIERES :



Je suis disposé(e) à faire partager l'évolution et mes résultats obtenus.

**J'ai été informé(é) sur l'ensemble des dispositions que je m'engage à respecter tout au long des séances.
Pour valoir ce que de droit**

Fait à :

Le :

Signature :