



DRAINAGE LYMPHATIQUE ESTHETIQUE

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 « Drainage Lymphatique Esthétique ».

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 en vue de l'obtention d'un résultat durable.
- 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(é) des contre-indications susceptibles de retarder, voire d'interdire le soin.

Contre-indications :

- Infections en phase aiguë,
- Tuberculose,
- Tumeurs malignes suspectées,
- Maladies immunes et auto-immunes
- Insuffisance rénale ou cardiaque,
- Insuffisance veineuse et phlébite.
- Asthme,
- Hyperthyroïdie,
- Vaccination (attendre 10 jours),

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 :