

## **DEVIS ET CONSENTEMENT MUTUEL**

### **DÉTATOUAGE SANS LASER :**

Consentement à long terme pour la prestation de Nanoremoval

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Âge : .....

Tél Portable : ..... E-mail : .....

Prix TTC de la séance : .....

# CHEMS ACADEMY

1 ère séance	
2 -ème séance	
3 -ème séance	
4 --ème séance	
5 -ème séance	

La procédure choisie par le client : ( **cocher la case** )

La, le client concerné(e) <b>confirme l'acceptation de son consentement à long terme et de façon permanente</b> . La procédure de détatouage avec la technique Nanoremoval. À savoir : les injections de pigments dans la peau de la zone du visage pour redonner de l'intensité à la forme des sourcils, des yeux, des lèvres ou du corps. Le tout en accord avec la procédure approuvée par les établissements agréés normes hygiéniques et autres dans le pays dans lequel la procédure est réalisée.	
--	--

## FORMULAIRE MÉDICAL DE SANTÉ DU CLIENT :

Afin d'effectuer le traitement de **détatouage sans laser** en toute sécurité, nous vous prions de bien vouloir répondre sincèrement aux questions suivantes concernant votre santé.

Souffrez-vous de l'une des maladies suivantes ou prenez vous l'un des médicaments suivants ?

Hémophilie	OUI	NON
Diabète sucré	OUI	NON
Hépatite A, B, C, D, E, F	OUI	NON
VIH	OUI	NON
Maladie de la peau	OUI	NON
Eczéma	OUI	NON
Allergies	OUI	NON
Maladies auto-immunes	OUI	NON
Herpès	OUI	NON
Maladie infectieuses / température élevée	OUI	NON
Épilepsie	OUI	NON
Problèmes cardiovasculaires	OUI	NON
Prenez vous des anticoagulants ?	OUI	NON
Êtes vous enceinte ou allaitante ?	OUI	NON
Prenez-vous des médicaments tous les jours ?	OUI	NON
Avez-vous un problème cardiaque ?	OUI	NON
Avez-vous un problème de cicatrisation ?	OUI	NON
Avez-vous consommé des stupéfiants ou de l'alcool au cours des dernières 24h ?	OUI	NON
Avez-vous subi une chirurgie, une thérapie au laser ou toute autre intervention médicale au cours des 14 derniers jours ?	OUI	NON
Avez-vous eu des injections de botox ou acide hyaluronique sur le visage au cours des 30 derniers jours ?	OUI	NON

Si vous avez répondu « oui » à l'une des questions ci-dessus ou si vous souffrez d'une maladie non mentionnée, veuillez écrire une explication détaillée. Avant l'explication, assurez d'indiquer le numéro de la question à laquelle elle se rapporte.

---

---

Les renseignements que vous avez fournis sont confidentiels et seront traités de cette façon. Elles ne seront pas divulguées à des tiers.

### OBLIGATIONS CONTRACTUELLES

Je consens à l'exécution de la photographie, du tournage, de l'enregistrement et/ou de l'imagerie numérique du traitement et de l'utilisation des photos à des fins publicitaires.

OUI	NON
-----	-----

### CLAUSE DE NON-RESPONSABILITÉ

Avec cet accord, l'artiste sera exempté de toute réclamation, demande, indemnisation de dommages et intérêts, actions et causes d'action subséquentes découlant du service fourni.

**Confirmation du client : la/le client(e) ci présent approuve que :**

- Avant de signer cet accord, la spécialiste a informé le client sur le contexte et la méthodologie de la procédure, la nature de l'engagement ainsi que ces objectifs et ces résultats. La spécialiste lui aura préalablement informé de la qualité de la prestation, les futurs traitements et séances nécessaires pour atteindre le résultat souhaité, les éventuelles risques et conséquences liés à cette prestation, les futurs traitements et mesures nécessaires jusqu'à l'obtention d'un résultat satisfaisant, des injections et du matériel utilisés pour la prestation. La spécialiste devra répondre aux questions et inquiétudes du client liées à cette même prestation. La/le client confirme avoir lu le déroulement et la procédure de la prestation.
- Avant de signer cet accord, la spécialiste de cette procédure doit informer le client des éventuelles complications envisageables liées à cette prestation. La/le client ne fait pas l'objet d'hémophile, de diabète, d'hépatite, du virus de VIH ou de toute autre maladie et/ou infections cutanées. Ne pas être enceinte. La/le client ne doit pas administrer des médicaments contre la coagulation du sang, de l'aspirine, de l'orphanine de la catégorie des médicaments inflammatoires. Cette/ce même client approuve que la prestation ne puisse pas être réalisé s'il fait l'objet des maladies mentionnées.
- Avant de signer cet accord commun, la/le client doit informer la spécialiste des maladies auparavant contractés et des médicaments prescrits pour qu'elle puisse évaluer si la prestation peut avoir lieu ou non. Le client ne doit pas avoir consommé les 24h précédent la prestation ainsi que les 24h suivant la prestation de l'alcool, de la drogue, des substances chimiques, des stimulants ou anti inflammatoires.
- La/le client approuve que durant et/ou après la prestation, il peut y avoir des risques de gonflements, d'augmentation de la pression artérielle de présence de douleur, des irritations des étirements, des dessèchements, des réactions allergiques, des formations de croute au niveau de la zone où a été réalisé la prestation mais que ces effets vont progressivement s'atténuer. La/le client a été informé des instructions à suivre après la prestation du temps de la disparition des effets secondaires et des comportements et précautions à adopter pour une cicatrisation saine et rapide et des produits cosmétiques au quotidien autorisés et proscrits.



- La/le client approuve que durant et/ou après la prestation, un changement de couleur de pigmentation peut apparaître dû à un rejet de la couleur du pigment dans des cas rares. La/le client approuve que le résultat ne soit pas garanti à 100% sauf dans le cas d'un maquillage permanent. La zone faciale qui aura fait l'objet de cette prestation sera approximativement plus clair ou foncé de de 40% et environ 10% à 15% plus épais. L'acceptation ou le rejet de la couleur par la peau, dépend de la structure et des caractéristiques de la peau de chacun. Par conséquent dans certains cas la prestation doit être renouvelée plusieurs fois jusqu'à l'obtention du résultat souhaité. La séance suivante doit être faite minium 33 ou 38 jours selon l'âge. Concernant les clients comprenant un excès de sébum, pourraient avoir recours à plusieurs retouches. Néanmoins il n'y a pas de durée minimale ni maximale fixée pour le résultat souhaité, et la spécialiste ne peut fournir aucune garantie.
- La/le client approuve que dans le milieu médical cette prestation provoque rarement : des infections virales, bactériennes et fongiques, une détérioration des vaisseaux sanguins et nerveux des réactions allergiques des cicatrices ou la répétition d'une maladie que la/le client avait déjà contracté.
- La/le client approuve que la prestation puisse lui causer des lésions cutanées. Par conséquent, un contrôle post opératoire est nécessaire pour la cicatrisation de la peau. Un traitement excessif de la peau peut entraîner des résultats non désirés et pourrait altérer le bon déroulement de la prestation : la spécialiste n'est en aucun cas responsable des résultats non désirés.
- Avant de signer cet accord, la/le client affirme avoir lu et compris l'ensemble de ce formulaire, affirme être en droit de poser toutes les questions nécessaires pour la cicatrisation : la spécialiste n'est en aucun cas responsable des résultats de cette prestation.
- Ce document est également considéré comme une carte de prestation de service. Ce document a été réalisé en deux exemplaires : un pour le client et un pour la spécialiste.

**Partie réservée au client :**

**Concernant les mentions évoquées plus tôt. Le client peut indiquer d'éventuelles requêtes ou désaccord avec les mentions évoquées et en donner la raison**

**FORMULAIRE DE LIAISONS LIAISON**

Je confirme que j'ai lu et compris les informations susmentionnées

OUI	NON
-----	-----

J'ai obtenu une réponse claire et complète à toutes les questions que j'ai posés

OUI	NON
-----	-----

La procédure de traitement et les soins post traitement ont été expliqués en détail et je suis d'accord

OUI	NON
-----	-----

Je n'ai pas obtenu de garanties irréalistes quant aux résultats attendus ou aux conséquences de ce traitement

OUI	NON
-----	-----

En signant le consentement, je certifie que j'ai eu l'occasion de poser des questions sur tout ce qui concerne la mise en œuvre du traitement et que l'artiste m'a fourni des réponses claires et compréhensibles à toutes mes questions

OUI	NON
-----	-----

Je n'ai pas d'autres questions ou objections

OUI	NON
-----	-----

Je certificat que j'ai lu et que j'ai bien compris le contenu de ce consentement du détatouage sans laser. Je comprends les risques et les solutions de rechange associés à cette (ces) procédure(s). J'ai eu l'occasion de poser des questions, et on a répondu à toutes mes questions.

**CHEMS ACADEMY**

J'autorise ChemsAcademyChems Academy en tant que technicien détatouage sans laser à effectuer sur mon corps la procédure de détatouage sans laser aujourd'hui.

**Je confirme que j'ai lu et compris le présent formulaire de consentement et que j'accepte d'être lié par celui-ci.  
Je reconnaiss que tous les renseignements ci-dessus sont véridiques et exacts au meilleur de ma connaissance.**

**Pour accord, à : ..... Le : .....**

Faire précéder les signatures de **la mention « lu et approuvé »** en deux exemplaires.