

NOM : .....

PRENOM : .....

## CONTRE- INDICATIONS

*Si vous pensez rencontrer l'une de ces contre indications, il est important de consulter votre médecin traitant préalablement à l'acte.*

- Si vous prenez des anti-inflammatoires
- Si vous êtes sous traitement de type Roaccutane
- Si vous souffrez de diabète
- Si vous êtes hémophile
- Si vous souffrez d'asthme
- Si vous souffrez d'une maladie auto-immune (sclérose en plaques...)
- Si vous souffrez d'une maladie immunodéprimée (VIH, cancer...)
- Si vous souffrez d'une maladie dermatologique active (vitiligo, psoriasis, eczéma...)
- Si vous prenez des anticoagulants ou avez des problèmes cardiologiques
- Si vous souffrez d'un bouton de fièvre
- Si vous êtes enceinte ou en période d'allaitement
- Si vous faites l'objet d'allergies médicamenteuses

A ma connaissance, je ne présente aucune contre-indication médicale connue.

## RECOMMANDATIONS APRES MICRONEEDLING

Il est conseillé d'appliquer une crème cicatrisante et/ou hydratante à base d'actifs type acide hyaluronique dès le lendemain de la séance pour faciliter le processus de cicatrisation.

### EVITEZ :

- De mouiller la zone traitée pendant 12 heures.
- Le maquillage ou toute application de produits cosmétiques (lotion, crème, démaquillant...) pendant 48 heures
- Toute source de chaleur, d'humidité et d'irritation (piscine, hammam, sauna) pendant 5 jours
- Les soins tels que gommage, peeling pendant 10 jours
- Toute crème à base d'acide de fruit type AHA, à la vitamine A acide ou rétinol pendant 10 jours
- L'exposition au soleil (ou UV) pendant 15 jours. Par la suite, protégez la zone avec une crème solaire indice 50

## CONSENTEMENT ECLAIRE

Je confirme que j'ai été informé(e) en des termes clairs et compréhensibles, des bénéfices attendus par ce/ces technique(s), des risques inhérents à tout acte de mésothérapie faciale/corporelle et des alternatives éventuelles de traitement me permettant d'arrêter mon choix.

Je reconnais avoir pu poser toutes les questions qui me semblent utiles.

J'ai bien noté que ces actes sont indiqués dans le traitement : du teint terne, des problèmes capillaires et alopecie, du photo-vieillessement, des rides, ridules et plis, des pores dilatés, de la surproduction de sébum, des taches de pigmentation, des cicatrices y compris les cicatrices post acnéiques, des rougeurs, de la rosacée, des vergetures et de la cellulite.

### Je reconnais :

- Avoir lu et compris l'ensemble des contre-indications et avoir pu consulter mon médecin traitant en cas de doute
- N'avoir dissimulé aucun élément, même si celui-ci semble anodin, ancien ou gênant à aborder
- Qu'à ma connaissance je ne présente pas de contre-indications au microneedling

### J'ai été informé(e) des suites possibles du microneedling:

- Des rougeurs (effet coup de soleil) pendant quelques heures jusqu'à 48 heures ou quelques jours pour les peaux les plus sensibles
- Sensation de chaleur
- Sensibilité
- Tiraillements/démangeaisons
- Œdème
- Desquamation
- Apparition temporaire de légers boutons

Le résultat post-soin n'est pas le résultat final, les effets s'installant après la cicatrisation à partir de 3 semaines, le temps du renouvellement cellulaire.

Je m'engage à respecter les règles de sécurité et toutes les règles s'appliquant au protocole de soin et respecter les consignes de la praticienne qui suivront le soin.

J'ai bien noté que je décharge DERMODESIGN de toute responsabilité en cas d'apparition d'une quelconque allergie aux sérums utilisés.

J'ai été informé(e) que les sérums DERMEDICS répondent aux normes européennes, qu'ils ne contiennent ni colorant, ni allergène, ni parfum, ni alcool, ni parabène et ne sont pas testés sur les animaux.

J'autorise la conservation de mes coordonnées pour l'envoi de communications et informations de Dermodesign à mon adresse mail et par téléphone. (Politique de confidentialité disponible sur le site [www.dermodesign.fr](http://www.dermodesign.fr))

OUI  NON

J'autorise l'utilisation des images et photographies partielles prises avant, pendant et après l'acte :

OUI  NON

A .....

LE/LA CLIENT(E)

Le .....

LA TECHNICIENNE

Audrey GLUSSI

SIGNATURE  
avec mention  
manuscrite obligatoire :  
"Lu et approuvé"

Fait en 2 exemplaires, dont un est remis au client qui le reconnaît.