

NOM : .....

PRENOM : .....

Eventuels antécédents et maladies de la peau ?.....

Sensibilité de la peau ?  Très sensible  Sensible  Normale  Peu sensible

## QUESTIONNAIRE PREALABLE A LA SEANCE

Merci de bien vouloir répondre à chacune des questions sur les CONTRE-INDICATIONS au PEELS 2.0 en cochant la case appropriée.

- |                                                                                                              |                              |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| • Lésions et taches suspectes sur la zone à traiter                                                          | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Grossesse ou allaitement                                                                                   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Blessures ou plaies ouvertes sur la zone à traiter                                                         | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Herpès actif                                                                                               | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Allergie à l'aspirine                                                                                      | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Allergie aux acides de fruits                                                                              | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Maladies de la peau, dermatose                                                                             | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Brûlures de la peau (soleil ou autre)                                                                      | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Exposition aux soleil ou UV dans les 48h avant le soin                                                     | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Blessures en cours de cicatrisation (croûtes)                                                              | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Antécédents de chéloïdes                                                                                   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Dermabrasion ou microneedling récent                                                                       | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Traitement à base de vitamine A ou traitement de type Roaccutane en cours ou dans les 6 mois avant le soin | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Traitement lourd aux corticoïdes en cours ou dans les 6 mois avant le soin                                 | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Traitement lourd d'antibiotiques en cours ou dans les 6 mois avant le soin                                 | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Chimiothérapie en cours ou dans l'année avant le soin                                                      | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

En cas de réponse "OUI" à une des questions ou en cas de doute (si vous pensez rencontrer l'une de ces contre-indications), il est important de consulter votre médecin traitant préalablement à la séance afin de lui demander un avis médical.

## EFFETS SECONDAIRES

Liste d'éventuels effets secondaires qui peuvent survenir à la suite d'un peeling et se résorbent toujours en 4 à 5 jours.

- Rougeurs
- Oedèmes
- Irritations
- Pelades

## ENGAGEMENT

- Je m'engage à ne pas m'exposer au soleil dans les 5 jours après le soin.
- Je m'engage à appliquer une crème de protection solaire (SPF50) pendant les 7 jours qui suivent le soin, même si je compte pas m'exposer directement au soleil.
- Je m'engage à ne pas appliquer de maquillage dans les 24h après le traitement.
- Je m'engage à ne pas me baigner ou aller dans un jacuzzi, hammam ou sauna pendant 5 jours après le soin.
- Je m'engage à hydrater régulièrement la peau dans les 5 jours qui suivent le soin.
- Si une pelade survient, je m'engage à ne pas arracher les peaux mortes et à attendre qu'elles tombent toutes seules.

## CONSENTEMENT ECLAIRE

Je confirme que j'ai été informé(e) en des termes clairs et compréhensibles, des bénéfices attendus par ce peeling et des effets secondaires éventuels.

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

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 peeling

Je m'engage à respecter les règles de sécurité s'appliquant au protocole post-soin et à respecter les consignes de la praticienne.

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 .....

LE/LA CLIENT(E)

SIGNATURE + mention manuscrite obligatoire "Lu et approuvé"

LA PRATICIENNE

Audrey GLUSSI

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