

# FICHE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

## Radiofréquence & Lipocavitation à Ultrasons

Nom de l'établissement : CABINET DU

DOCTEUR SOUVIAT \_\_\_\_\_

### Informations client

- Nom / Prénom : \_\_\_\_\_
- Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- Téléphone : \_\_\_\_\_
- Email : \_\_\_\_\_

## 1. Informations sur les soins

La radiofréquence et la lipocavitation sont des techniques esthétiques non invasives destinées à améliorer l'aspect de la silhouette et/ou de la peau.

### La radiofréquence permet notamment :

- le raffermissment cutané ;
- l'amélioration de l'élasticité de la peau ;
- l'amélioration de l'aspect des tissus.

### La lipocavitation à ultrasons permet notamment :

- le traitement des amas graisseux localisés ;
- l'amélioration de la silhouette ;
- le drainage des tissus.

Ces soins ne remplacent pas un traitement médical et les résultats varient selon chaque personne.

## 2. Contre-indications

Je certifie ne pas présenter les contre-indications suivantes :

- ☐ Grossesse ou allaitement
- ☐ Pacemaker ou implant électronique
- ☐ Cancer évolutif
- ☐ Maladie cardiaque sévère
- ☐ Épilepsie
- ☐ Troubles circulatoires importants
- ☐ Thrombose ou phlébite
- ☐ Infection, plaie ou inflammation sur la zone
- ☐ Implant métallique sur la zone traitée
- ☐ Chirurgie récente
- ☐ Troubles hépatiques ou rénaux importants
- ☐ Maladie dermatologique active
- ☐ Autre problème médical important

Si oui, précisez :

## 3. Informations et précautions

Je reconnais avoir été informé(e) que :

- plusieurs séances peuvent être nécessaires ;
- les résultats ne peuvent être garantis ;
- une hygiène de vie adaptée améliore les résultats ;
- des rougeurs temporaires ou une sensation de chaleur peuvent apparaître ;
- je dois signaler immédiatement toute douleur ou inconfort pendant la séance.

Je m'engage à :

- ☐ boire suffisamment d'eau après les séances ;
- ☐ respecter les recommandations données ;
- ☐ signaler tout changement de mon état de santé.

## 4. Autorisation

Je reconnais avoir reçu toutes les informations nécessaires concernant le soin proposé.

J'autorise l'établissement à réaliser les soins de :

- ☐ Radiofréquence
- ☐ Lipocavitation à ultrasons

## 6. Signature

Je certifie avoir lu et compris les informations ci-dessus et donne mon consentement libre et éclairé.

### Client

Nom : \_\_\_\_\_

Signature précédée de la mention  
« Lu et approuvé » :

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Praticien(ne)

Nom : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_