

Formulaire de Consentement éclairé concernant le traitement par LED (TRIWINGS)

Je soussigné(e), N°

Nom Prénom.....

Certifie avoir été informé(e) de manière éclairée par Mme DGERBI Corinne

des contre-indications suivantes au traitement par Radiofréquence :

- Prise de médicaments photosensibilisants
- Traitements antiinflammatoires
- Grossesse
- Épilepsie
- Cancer

Principes :

La diode électroluminescente est un dispositif capable d'émettre de la lumière lorsqu'il est parcouru par un courant électrique.

Les applications sont : acné, brûlures liées ou non au soleil, érythèmes post laser, post radiofréquence, cicatrices, couperose, rosacée, rajeunissement de la peau, lentigos et masque de grossesse, vergetures.

Je comprends que

Effets indésirables :

Les réactions sont rares incluant nausées, étourdissements, sensations de picotements et de flashes dans les yeux. La LED est appliquée à quelques cm du visage ou de la zone à traiter.

Elle est totalement indolore. On ressent une chaleur localement. La durée est de 15 min en moyenne. Je comprends que je n'ai pas de garanties absolues de résultats

Tarifs :

De 50 euros la séance

J'ai été informé(e) sur ces traitements, de leurs contre-indications et de leurs principes. En tant que majeur, je signe mon consentement :

Date :

Signature :