

# CONSENTEMENT

## ÉPILATION LASER



Parce que  
chaque peau  
est unique

# INFORMATIONS ÉPILATION LASER

## 1 CONSIGNES POUR VOS SÉANCES

- Si vous aviez l'habitude de vous épiler (cire, pince, épilateur électrique...), il est recommandé de reprendre le rasage environ un mois avant la première séance.
- La ou les zones à traiter doivent être rasées entre 24 et 48 heures avant chaque séance, de manière à ce que le poil soit à fleur de peau (ni trop long, ni fraîchement rasé).
- Il est également essentiel de respecter scrupuleusement les contre-indications ainsi que les mises en garde communiquées lors de la consultation.



## 2 CONTRE-INDICATIONS AU LASER

- Grossesse
- Sensibilité anormale à la lumière ou allergie solaire
- Cancer en cours ou suspicion de cancer
- Antécédent personnel de cancer de la peau (mélanome, carcinome)
- Traitement médicamenteux photosensibilisant (Roaccutane, antibiotiques, corticoïdes, anti-inflammatoires, etc.)
- Port d'un pacemaker ou d'un dispositif électronique implanté
- Présence de lésions suspectes ou non diagnostiquées sur la zone à traiter
- Pas d'exposition solaire 2 semaines avant la séance et 1 semaine après

## 4 ÉVOLUTION ENTRE LES SÉANCES

- Après chaque séance, une phase d'éjection des poils survient pendant 2 à 3 semaines : les poils vont tomber progressivement. Il ne faut pas les raser durant cette période.
- Au fur et à mesure des séances, Les poils restants deviennent plus fins, plus clairs et plus clairsemés.
- Des paliers peuvent survenir, liés à la repousse de poils sous-jacents (poils dormants ou en phase catagène/télogène). Ce phénomène est normal et se régulera avec les séances suivantes.
- Les résultats peuvent varier en fonction de plusieurs facteurs (Couleur des poils, âge, facteurs hormonaux. Il est conseillé de prévoir 1 à 2 séances d'entretien par an pour maintenir les résultats obtenus.

## 3 CONTRE-INDICATIONS AVANT UNE SÉANCE

### Contre-indications liées à l'exposition solaire

- Aucune exposition au soleil ni aux UV artificiels (cabine UV) 2 semaines avant la séance
- Informer la praticienne de toute exposition récente au soleil ou aux UV
- Utiliser une protection solaire SPF 50+ sur les zones à épiler pendant au moins 1 mois avant le traitement, surtout si ces zones sont exposées au quotidien (visage, bras, jambes...)
- Ne jamais s'exposer au soleil ou aux UV pendant la semaine qui suit une séance laser

### 10 jours avant la séance, par voie cutanée et par voie orale, il est interdit d'utiliser des produits photosensibilisants :

- Les activateurs de bronzage
- Les autobronzants
- Les médicaments ponctuels photosensibilisants (ex. : Voltarène, Apranax, certains antibiotiques ou anti-inflammatoires)
- Les traitements immunosuppresseurs ponctuels

### LE JOUR DE LA SÉANCE, LA ZONE À TRAITER DOIT ÊTRE PARFAITEMENT PROPRE, SANS AUCUN PRODUIT COSMÉTIQUE (PAS DE CRÈME, PARFUM, HUILE, DÉODORANT OU MAQUILLAGE SUR LA ZONE À FLASHER)

## 5

## CONSEILS APRÈS SÉANCES

- Faites un gommage doux 10 jours après chaque séance.
- Hydratez votre peau régulièrement.
- En cas de rougeurs et/ou échauffements liés au non-respect du protocole ou des contre-indications, appliquez de la crème type Biofine.
- En cas de démangeaisons, utilisez du sérum physiologique ou de la Biseptine. Si vous présentez des petits boutons rouges (folliculite), prenez rendez-vous avec votre médecin traitant afin qu'il puisse, si nécessaire, vous prescrire un antihistaminique.

## 6

## EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES

- Peau sèche
- Rougeur temporaire et sensation de chaleur
- Œdème périfolliculaire (petit gonflement à la base de chaque poil)
- Picotements, démangeaisons
- Taches brunes ou dépigmentations localisées
- Croûtes - micro-croûtes
- Brûlure superficielle (rare, surtout en cas de médicament photosensibilisant)
- Éruption herpétique
- Folliculite (inflammation ou infection du follicule pileux)
- Augmentation paradoxale de la pilosité (environ 4,5 % des cas) notamment sur les zones hormonodépendantes
- Aggravation d'un vitiligo ou d'une dermatose
- Dermatite de contact ou irritative (inflammation locale de la peau)



**LE PORT DE LUNETTES DE PROTECTION EST OBLIGATOIRE POUR LES CLIENTS ET LES PRATICIENS**

## 7

## LES EXCEPTIONS À L'ÉPILATION LASER

L'épilation définitive est un acte Réservé à des zones bien précises et à des conditions bien définies.

Elle n'est pas réalisable sur :

- Le nez, les oreilles, le crâne et les sourcils
- Les duvets, poils fins, blonds, roux ou blancs : ils ne contiennent pas assez de mélanine pour être efficacement ciblés par le laser
- Les peaux non saines, présentant des pathologies cutanées actives (eczéma, psoriasis, infections, etc.)

Les phototypes de I à V (peaux claires à mates) sont compatibles avec la technologie utilisée.

## 8

## LES ZONES HORMONO-DÉPENDANTES

Certaines zones sont plus difficiles à traiter compte tenu d'une forte stimulation hormonale. Le nombre de séances sera plus important à cause de la repousse de certains poils, du fait de la stimulation hormonale régulière tout au long de la vie. Des séances d'entretien seront également nécessaires.

Chez la femmes, les zones hormonales sont : **le bas du visage, le cou, les pommettes, la face haute des cuisses, les aréoles mammaires et la ligne ombilicale.**

Chez l'homme, les parties du corps les plus souvent touchées par le phénomène de repousse paradoxale sont **les épaules et le haut du dos.**

## 9

## FACTEURS DE NON RÉSULTATS D'ÉPILATION AU LASER

Prenez-vous un contraceptif (pilule, stérilet ou implant aux hormones) ?

Oui  Non

Prenez-vous des compléments alimentaires pour les cheveux et les ongles ?

Oui  Non

Avez-vous récemment été enceinte, ou êtes-vous actuellement en période de pré-ménopause ou de ménopause ?

Oui  Non

Traitez-vous actuellement une ou plusieurs zones hormonodépendantes ?

Oui  Non

Avez-vous moins de 25 ans (si vous êtes une femme) ou moins de 35 ans (si vous êtes un homme) ?

Oui  Non

Vos poils sont-ils clairs et/ou fins ? Votre peau est-elle foncée ?

Oui  Non

**10****BILAN PRÉ-TRAITEMENT : PEAU & PILOSITÉ****Couleur des poils**

- Noirs / très foncés
- Châtains
- Blonds
- Roux
- Blancs / gris

**Épaisseur des poils**

- Épais / drus
- Moyens
- Fins / duvet

**Phototype de peau**

- I – Peau très claire
- II – Peau rosée
- III – Peau dorée
- IV – Peau mate
- V – Peau foncée

- Si une des contre-indications devait évoluer en cours de traitement, il est impératif d'en informer votre praticien.
- En fonction des réactions physiologiques propres à chaque individu, les résultats des protocoles ne peuvent pas être garantis. Le centre ne peut donc être tenu responsable d'un éventuel manque de résultat.
- Les professionnels ont reçu une formation appropriée pour utiliser le dispositif en toute sécurité.
- Il est recommandé de consulter votre médecin traitant avant la première séance.

Nom

Prénom

Date de naissance

Numéro de téléphone

Praticienne

Date du jour

**11****CONSENTEMENT - À signer**

Les professionnels ont reçu une formation appropriée sur les conditions d'utilisation en toute sécurité du dispositif.

Une fois que vous aurez lu ce document avec votre praticienne, et si vous en acceptez le contenu, il vous sera demandé de signer ce consentement éclairé.

Un double de cette fiche, daté et signé par le consommateur, est conservé par l'exploitant pendant une durée de trois ans. Art. D. 1151-4. du code de la santé publique.

Ce document vise à vous donner un récapitulatif des informations pratiques utiles à la prise de décision concernant l'épilation au laser diode. Il complète les informations données en amont par votre praticienne.





## CLIENT

Je soussigné(e).....  
déclare avoir été informé de tous les aspects concernant les techniques utilisées par laser diode, de l'efficacité du traitement , des contre-indications ainsi que des effets secondaires liés à cette technique.

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité au questionnaire, n'avoir rien omis de déclarer qui puisse induire en erreur mon praticien. Je comprends qu'il est également de ma responsabilité d'informer le praticien de tout changement me concernant en rapport avec les contre-indications du protocole.

Je confirme mon souhait de me faire traiter par cette technique et m'engage à respecter rigoureusement toutes les consignes pour obtenir un résultat optimal.

Date :

Fait à :

Signature du client  
précédée de la mention  
"LU ET APPROUVÉ" :

## CENTRE

Nom du centre :

Je soussigné(e) ..... certifie avoir informé mon client de tous les aspects concernant les techniques par laser diode Je m'engage à vérifier avant chaque séance que le client ne présente pas de contre-indication au soin par le laser diode.

J  
e m'engage également à effectuer un « flash test » afin de vérifier que le paramétrage de la machine correspond bien au client.

Le flash test doit montrer que le soin est bien supporté par la peau après un délai de 10 minutes pour les phototypes 1 ou 2 et après un délai de 24h pour les phototypes 3, 4 ou 5.

Si une réaction apparaît, le phototype supérieur, plus foncé, devra être sélectionné.

Date :

Fait à :

Signature du praticien :



## INFORMATION GÉNÉRALE

**Avez-vous pris le soleil ces 2 dernières semaines ?**

- Oui  Non

**Avez-vous l'habitude de faire des séances de bronzage en cabine (UV, solarium) ?**

- Oui  Non

**Avez-vous l'habitude d'utiliser des produits cosmétiques à base d'huiles essentielles ou d'agrumes ?**

- Oui  Non

**Avez-vous déjà suivi un traitement d'épilation définitive ?**

- Oui  Non Si oui, lequel ? .....

Sur quelle(s) zone(s) ? .....

Date de la dernière séance ? ..... Êtes-vous satisfaite des résultats ? .....

**Êtes-vous enceinte ?**

- OUI  NON

**Allaitez-vous ?**

- OUI  NON

**Une grossesse est-elle souhaitée actuellement ?**

- OUI  NON

**Quel contraceptif utilisez-vous ?**

- Pillule  Stérilet  Implant

## ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX

**Portez-vous un pacemaker ?**

- Oui  Non

**Avez-vous des antécédents d'hépatite C, de VIH ou de tuberculose ?**

- Oui  Non

**Avez-vous eu de la fièvre récemment ?**

- Oui  Non

*Le jour de la séance vous ne devez pas en avoir*

**Avez-vous du diabète ?**

- Oui  Non

**Avez-vous déjà eu des problèmes de peau liés au soleil ?**

- Oui  Non

**Êtes-vous épileptique ?**

- Oui  Non

**Avez-vous des antécédents allergiques ?**

Oui  Non Si oui, à quoi ? .....

**Avez-vous été sous anesthésie récemment ?**

Oui  Non  
Si oui, il y a combien de temps ? ..... Locale ou générale ? .....

**ANTÉCÉDENTS CUTANÉS**

**Avez-vous des antécédents d'herpès (boutons de fièvre) ?**

Oui  Non Autre ? Lesquelles ? .....

**Avez-vous de l'eczéma, du psoriasis, du vitiligo ou une autre dermatose sur les zones concernées ?**

Oui  Non

**Avez-vous une infection active sur les zones concernées ? Avez-vous des plaies ou réactions cutanées localisées ?**

Oui  Non Si oui, sur quelles zones ? .....

*Ne pas traiter les zones infectées, réaliser le soin seulement sur une peau saine.*

**Avez-vous présenté un urticaire récemment ?**

Oui  Non

**Avez-vous fait des tatouages ou du maquillage permanent sur les zones concernées ?**

Oui  Non

**Avez-vous fait un détatouage sur les zones concernées ?**

Oui  Non

**Avez-vous de nombreux grains de beauté et/ou un naevus poilu (grain de beauté en relief avec un poil) sur les zones concernées ?**

Oui  Non

**Avez-vous ou avez-vous eu un cancer ?**

Oui  Non *Un avis médical de l'oncologue ou un certificat de rémission sera nécessaire sauf pour le cancer de la peau.*

Si oui, êtes-vous en rémission ?

Oui  Non Depuis combien de temps ? .....

**PRISES MÉDICAMENTEUSES**

**Prérez-vous des médicaments (antibio, anti-dépresseur, immunosuppresseurs...) ?**

Oui  Non Si oui, lesquels ? .....

Procéder par élimination en rayant, ligne par ligne, les mentions inutiles.

Phototype	0	1	2	3	4	5	6
Les cheveux sont	Blancs	Blonds ou roux	Blonds ou châtain clairs	Blonds à châtain foncés	Châtains à bruns	Bruns	Noirs
La peau est	Laitieuse	Très claire	Claire	Claire à mate	Mate	Brune	Noire
Il y a des taches de rousseur	Non	Oui	Au soleil	Rares	Non	Non	Non
Coups de soleil	Toujours	Toujours	Facilement	Parfois	Rare	Exceptionnel	Exceptionnel
Coups de soleil après 3 semaines	Oui	Oui	Fréquent	Rare	Exceptionnel	Jamais	Jamais
La peau bronze	Jamais	Jamais	Avec difficultés	De façon progressive	Toujours bien	Intensément	Intensément
Les yeux sont	Yeux bleus/verts	Yeux bleus/verts	Yeux clairs à bruns	Yeux bruns	Yeux bruns/noirs	Yeux noirs	Yeux noirs

# 14 QUESTIONNAIRE PRÉALABLE À CHAQUE SÉANCE - Centre

Date	Avez-vous des changements à apporter à votre fiche santé ?	Avez-vous pris le soleil depuis 2 semaines ?	Avez-vous pris un traitement médicamenteux et/ou avez-vous appliqué des produits cosmétiques sur la (les) zone(s) à traiter ?	Avez-vous observé des résultats à la suite de la dernière séance ?	Commentaires avant la séance	Signature client
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		

**15** FICHE DE SUIVI CLIENT - Centre

SOIN LASER				
Zone :	Phototype Réel :	Type de poil :	Tatouage(s), grains de beauté:	Autres Remarques :

Séance	Date	Puissance	Nombre de passages	Remarques / Observations	Soin réalisé par
FLASH TEST		Joule : ..... Fréquence : ..... .....			
1		Joule : ..... Fréquence : ....			
2		Joule : ..... Fréquence : ....			
3		Joule : ..... Fréquence : ....			
RDV Bilan n°1	Date	Observations	% de pilosité en moins	Signature client	

Séance	Date	Puissance	Nombre de passages	Remarques / Observations	Soin réalisé par
4		Joule : ..... Fréquence : .....			
5		Joule : ..... Fréquence : .....			
6		Joule : ..... Fréquence : .....			
RDV Bilan n°2	Date	Observations	% de pilosité en moins	Signature client	

Séance	Date	Puissance	Nombre de passages	Remarques / Observations	Soin réalisé par
7		Joule : ..... Fréquence : .....			
8		Joule : ..... Fréquence : .....			
9		Joule : ..... Fréquence : .....			
RDV Bilan n°2	Date	Observations	% de pilosité en moins	Signature client	

 Olenza