

Nom : Prénom :



DISPOSITIF
D'ÉLIMINATION
DÉFINITIVE DES POILS

► INFORMATIONS CLIENTS

Date : Date de naissance :
Adresse : Téléphone :
Code Postal : Email :
Ville :

Comment avez-vous connu notre centre ?

- ☐ Site Internet ☐ Ami(e) / Famille ☐ Pub / Presse ☐ Autre
☐ Réseaux sociaux ☐ Parrainage ☐ Passage Boutique

Avez-vous déjà pratiqué des méthodes d'épilation définitive ? Oui - Non

Si oui, remplissez le tableau :

Zone				
Technique				
Date				
Satisfaction résultat				



► INFORMATIONS DE CONTRE-INDICATIONS

Souffrez-vous d'une des pathologies suivantes ?

- | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| ☐ Hémophile | ☐ Hépatite | ☐ Déficience sensoriel | ☐ Déficience circulatoire |
| ☐ Épilepsie | ☐ VIH | ☐ Maladies de la peau | ☐ Diabète sévère insulino-dépendant |

Souffrez-vous d'Hypertrichose ?

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|---|
| ☐ Congénitale | ☐ Acquis | ☐ Non applicable |
|--------------------------------------|---------------------------------|---|

Êtes-vous enceinte ou porteur d'un des dispositifs suivants ?

- | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| ☐ Grossesse | ☐ Stérilet | ☐ Implant métalliques | ☐ Stimulateur cardiaque |
|------------------------------------|-----------------------------------|--|--|

Prenez-vous les médicaments suivants :

- | | | | |
|------------------------------------|--|--|---|
| ☐ Cortisone | ☐ Anticoagulant | ☐ Traitement hormonal | ☐ Autres : |
|------------------------------------|--|--|---|

Avez-vous des allergies ?

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|---|---|
| ☐ Latex | ☐ Métal | ☐ Produits cosmétiques | ☐ Autres : |
|--------------------------------|--------------------------------|---|---|

LA TECHNIQUE EVOLUTION 7HD

EFFICACE SUR :



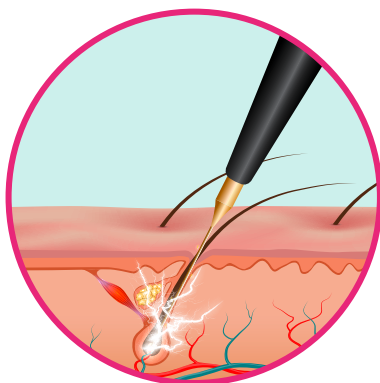
TOUS LES TYPES DE POILS



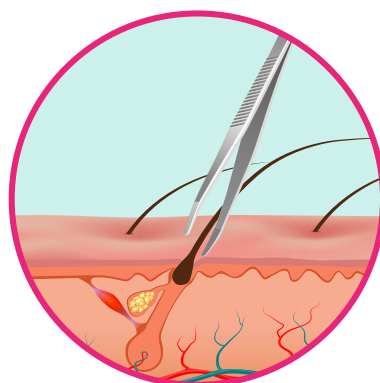
TOUTES LES ZONES



TOUTES LES PEAUX



► **ÉTAPE 1 :** la technique consiste à insérer une très fine électrode (filament) dans l'orifice pileux, c'est à dire le pore par lequel sort le poil. Cette introduction est indolore, le poil est utilisé comme guide. L'énergie électrique est délivrée au moyen de cette électrode et va détruire les structures du poils responsables de la repousse. Ainsi, aucun poil ne pourra réapparaître.



► **ÉTAPE 2 :** le poil est retiré à l'aide d'une pince à épiler, sans difficulté et sans douleur.

CYCLE DE VIE DU POIL

Anagène



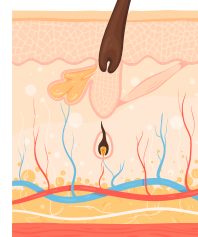
1. La papille dermique nourrit le poil qui s'allonge.

Catagène



2. Le poil se détache de sa base nourricière.

Télogène



3. Le poil arrive à la fin de son cycle de vie et tombe.

► La méthode fonctionne sur les poils en phase de croissance (anagène). Plusieurs séances sont donc nécessaires pour pouvoir éliminer tous les poils d'une zone.

► Le protocole de soin s'étale donc sur plusieurs mois suivant la taille et la quantité de poils de la zone traitée.

► POUR UNE MEILLEURE EFFICACITÉ, IL EST RECOMMANDÉ :

- De bien boire avant la séance.
- Effectuer par nos soins, une épilation à la cire environ 3 semaines avant la première séance si vos poils sont vierges.
- Ne plus utiliser de méthode d'épilation ou de rasage pendant toute la durée du traitement.
- D'appliquer quotidiennement une crème hydratante, pour la souplesse de votre peau.
- D'effectuer 1 fois par semaine un léger gommage sur la zone afin que les cellules mortes ne bloquent pas l'accès au canal pileux.

► POUR SÉCURISER VOTRE SOIN, IL EST IMPORTANT :

- D'éviter totalement l'exposition au soleil ou UV 48 à 72 heures avant et après le soin.
- De protéger la zone traitée à l'aide d'un écran total dans le 72 heures suivant la séance.
- D'éviter les corps gras, les produits parfumés ou à base d'alcool le jour du soin.
- De ne pas toucher ou gratter la zone traitée, et d'éviter toute friction.

Après la séance il est normal d'observer des réactions cutanées : possibilité de rougeurs, irritations, léger gonflement des tissus. Pour dissiper rapidement ces effets, une crème apaisante vous sera conseillée.

MODE D'ÉPILATION ACTUEL

Zones	Rasoir	Pince	Décoloration	Laser ou IPL	Cire	Crème dépilatoire

Zones intéressées pour EVOLUTION 7 HD :

PASSAGE EN CABINE

ANALYSE DES POILS												ANALYSE DE LA PEAU										
ZONE	COULEUR				POILS			TEXTURE			DENSITÉ			TYPES DE PEAU			SÉCRÉTIONS			HYDRATATION		
	Foncé	Moyen	Clair	Blanc	Fins	Moyens	Gros	Droit	Frisé	Crépu	Faible	Moyenne	Forte	Fine	Normale	Épaisse	Normales	Hyo	Hyper	Acrné	Superficielle	Profonde

ZONES RETENUES POUR UN PROTOCOLE DE SOINS EVOLUTION 7HD

ZONE 1 :

☐

Décompte à la minute

Forfait temps :

☐

Décompte à la minute

Forfait temps :

☐

Décompte à la minute

Forfait temps :

☐

Décompte à la minute

Forfait temps :

☐

Décompte à la minute

Forfait temps :

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA TECHNIQUE



- ▶ Je certifie que je ne présente aucune des contre-indications suivantes : stimulateur cardiaque, grossesse, prise antérieure d'anticoagulant ou traitement contre le diabète, toute condition médicale ralentissant la guérison ou empêchant la coagulation sanguine, maladie infectieuse systémique ou dermatologique, chimiothérapie ou radiothérapie récentes, VIH ou SIDA ou tout autre problème immunologique, trouble médicaux ou médicaments pouvant altérer le soin.
- ▶ Je comprends que tout changement d'état de ma santé et la prise de certains médicaments pourraient influencer le résultat. Je sais que ce type de traitement est long et peut correspondre à une année de traitement suivie d'une année d'entretien pour garantir des résultats durables et définitifs.
- ▶ Je comprends que l'épilation électrique par Thermolyse ou Blend est une méthode d'épilation progressive et qui dégrade graduellement les cellules responsables de la reproduction des poils. Je connais les risques possibles de brûlures superficielles et formation de croûtelles et d'hyperpigmentation de la peau, bien que ces phénomènes soient temporaires.
- ▶ J'atteste ne pas être sous traitement ni consommer des compléments alimentaires ou autres médicaments et substances favorisant la pousse des poils.
- ▶ Je sais que des problèmes de santé non identifiés pourraient influencer le résultat final. Je ne suis pas sous l'influence de drogue ou d'alcool. Au meilleur de ma connaissance, je suis en bonne santé physique et mentale. J'ai posé mes questions et obtenu des réponses satisfaisantes.
- ▶ Je comprends que le résultat peut dépendre de facteur extérieur (génétique, hormonal,...) et qu'il n'y a pas de garantie que le résultat obtenu correspondra à l'objectif visé. Ma propre réaction corporelle et biologique joue un rôle important dans le résultat final de la procédure.
- ▶ Je confirme que j'ai plus de 18 ans et que je n'ai pas de problème de santé pouvant présenter des contre indications à la diffusion des courants galvanique et haute fréquence.

J'ai lu les explications ci-dessus et je comprends les risques et les bienfaits du soin.

J'accepte de suivre toutes les indications et les soins post épilatoires qui me sont expliqués.

En apposant ma signature, j'affirme avoir lu et compris les déclarations ci-dessus et consens à recevoir des soins avec la technique EVOLUTION 7 HD.

Je soussigné(e),....., autorise le professionnel ou un membre de son personnel qui a été formé à la technique EVOLUTION 7HD à pratiquer sur moi des soins de la technologie EVOLUTION 7 HD.

À

Le / /

Nom du client :

Signature :

Je soussigné(e),..... certifie avoir informé mon client de tous les aspects de la technique EVOLUTION 7HD. Je m'engage à vérifier avant chaque séance les contre indications de mon client afin d'assurer le bon déroulement du protocole de soin.

Nom du praticien :

Signature :

SUIVI CLIENT

ZONE 1 :

FORFAIT TEMPS : ☐ À la minute ☐ Forfait heure **Date règlement :** / /

[illegible]

SUIVI CLIENT

ZONE 2 :

FORFAIT TEMPS : ☐ À la minute ☐ Forfait heure **Date règlement :** / /

[illegible]

