

carte de consultation

avant de prendre votre rendez-vous

Pour assurer la sécurité de tous, veuillez remplir ce court questionnaire qui comprend des questions sur la COVID-19 et sur votre état de santé :

- 1 Avez-vous été testé positif à la COVID-19 ou été en contact avec quelqu'un l'ayant eu, au cours des 14 derniers jours?
- 2 Avez-vous été testé pour la COVID-19 et attendez actuellement les résultats du test?
- 3 Éprouvez-vous l'un des symptômes grippaux suivants : fièvre, toux sèche, douleurs musculaires, maux de tête, maux de gorge, nez qui coule, essoufflement? (Remarque : Il doit s'agir de symptômes nouveaux ou inhabituels non liés à vos antécédents médicaux. Vous pouvez exclure vos problèmes de santé connus qui ont des symptômes similaires, comme les allergies ou les migraines récurrentes.)
- 4 Est-ce que vous ou vos proches immédiats faites partie d'une catégorie à haut risque?

Veuillez noter que si vous avez répondu « oui » à une des questions ci-dessus, nous ne pourrions malheureusement pas vous donner un traitement en personne. Toutefois, nous aimerions utiliser le service virtuel Mirror Me pour vous offrir une consultation individuelle. Veuillez nous fournir la date et l'heure où nous pourrions vous contacter virtuellement.

Veuillez répondre à ces questions pour nous aider à vous offrir les meilleurs soins pour

votre santé

- 1 Au cours de la dernière année, avez-vous eu des problèmes de santé qui ont eu ou pourraient avoir une incidence sur votre peau? oui non
Si oui, veuillez préciser : _____
- 2 Veuillez indiquer les médicaments, suppléments, vitamines, diurétiques, produits amincissants, contraceptifs oraux, isotrétinoïne ou autres que vous prenez régulièrement.

- 3 Portez-vous des verres de contact? oui non
- 4 Avez-vous une prothèse métallique, un stimulateur cardiaque ou des perçages? oui non
- 5 Avez-vous des allergies?
Si oui, veuillez préciser : _____ oui non
- 6 Avez-vous des problèmes de sinus? oui non
- 7 Avez-vous déjà éprouvé de la claustrophobie ? oui non

votre peau

- 8 Qu'est-ce qui vous préoccupe en particulier à propos de votre peau? _____
- 9 Quels produits de soins pour la peau utilisez-vous actuellement? _____
 savon nettoyant tonique hydratant
 masque exfoliant produits pour les yeux autres

suite à la page suivante

- 10 Avez-vous reçu des peelings chimiques, de la microdermabrasion ou tout autre traitement de resurfaçage au cours des trois derniers mois? oui non
- 11 Avez-vous eu une épilation à la cire au cours des 72 dernières heures? oui non
- 12 Avez-vous utilisé Retin-A, Renova, de l'adapalène ou tout autre produit d'ordonnance pour la peau au cours des trois derniers mois? oui non
- 13 Utilisez-vous actuellement des produits contenant les ingrédients suivants? oui non
- Acide glycolique Acide lactique Tout gommage exfoliant
- Autres acides hydroxylés Dérivés de vitamine A (p. ex. rétinol)
- 14 Veuillez indiquer si une ou plusieurs des conditions suivantes s'appliquent à vous :
- enceinte tente de tomber enceinte allaitement menstruée période prémenstruelle

Cette carte de consultation est utilisée pour évaluer vos besoins en matière de soins de la peau et pour assurer la sécurité de nos clients et de nos spécialistes. Nous allons maintenir la confidentialité de ces renseignements, et les divulguerons uniquement : (i) aux membres de notre équipe, (ii) aux responsables de l'assurance qualité et du contrôle de la qualité, (iii) à notre fournisseur et notre fabricant de produits. Nous ne fournirons ces renseignements à aucune autre personne, sauf si la loi l'exige, et nous nous engageons à ne pas les vendre à qui que ce soit. Cependant, nous pourrions communiquer avec vous pour vous donner de l'information sur nos produits.

Je confirme (au meilleur de ma connaissance) que les réponses que j'ai données sont exactes et que je n'ai pas caché de renseignements qui pourraient être pertinents pour mes soins.

_____	_____	_____	_____
signature	date	signature	date
_____	_____	_____	_____
signature	date	signature	date
_____	_____	_____	_____
signature	date	signature	date

consentement au traitement pro power peel

Ce traitement est conçu pour renouveler la peau. Vous pourriez éprouver brièvement des brûlures, des démangeaisons ou des picotements. Veuillez informer votre spécialiste des soins de la peau si vous ressentez ces sensations.

Votre entière collaboration, pendant le traitement et après sa conclusion, est primordiale afin d'assurer la réussite du traitement. Il est essentiel de suivre assidûment le régime de soins à faire à la maison qui vous est recommandé par votre spécialiste des soins de la peau et d'utiliser les produits conseillés. Il est possible de mal réagir au traitement ou que les résultats sur la peau ne soient pas ceux qui étaient attendus. Aucune garantie n'est émise quant aux résultats, à la durée de l'exfoliation ou à l'apparition d'un inconfort.

- 1 Avez-vous subi une procédure cosmétique à base de lumière (traitement au laser, IPL, etc.) au cours des six dernières semaines? oui non
- 2 Avez-vous un feu sauvage actif? oui non
- 3 Avez-vous reçu des injections de Botox ou d'autres injections au cours de la dernière semaine? oui non
- 4 Vous faites-vous bronzer à l'extérieur ou en salon? oui non
- 5 Avez-vous des rougeurs, des démangeaisons ou des picotements sur votre peau? oui non

Je dégage de toute responsabilité et renonce à toute réclamation contre Dermalogica, LLC et _____, leurs affiliés et leurs filiales, ainsi que leurs dirigeants, administrateurs, agents, préposés et employés respectifs, et je n'engagerai aucune demande, poursuite ni cause d'action découlant de ou liée à toute perte, tout dommage ou tout préjudice que je pourrais subir pendant mon traitement avec le Pro Power Peel, y compris, mais sans s'y limiter, les blessures et les dommages causés par la négligence ou une violation de garantie, expresse ou implicite, de la part de Dermalogica et/ou de _____.

J'ai reçu la fiche informative de soins post-traitement. _____

signature de consentement date