

# CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ PRÉALABLE À UN MICRO-PEELING

Je soussigné.e **NOM** ..... **PRÉNOM** ..... atteste que :

## 1) Je suis pleinement conscient.e :

- Du caractère éventuellement inconfortable de l'acte, qui peut entraîner des sensations de brûlure, picotements, démangeaisons et tiraillements pendant 24H.
- Des réactions possibles, liées à des facteurs individuels de l'organisme telles que des rougeurs, irritations, desquamation, hyperpigmentation, hypopigmentation.
- Des **précautions à respecter avant, pendant et après la réalisation de l'acte, afin de m'assurer un résultat optimal et esthétique.**
- Du caractère imprévisible du résultat, qui est lié à mon âge, à l'état de ma peau, à son renouvellement cellulaire, à son exposition aux UV, ainsi qu'à mon hygiène de vie.
- **Du caractère nécessaire de procéder au nombre de séances suggérées afin d'obtenir le meilleur résultat possible.**

## 2) Vous vous êtes rendu disponible afin de m'expliquer les détails de l'acte et de répondre à toutes mes questions.

## 3) Je suis majeur.e.

## 4) Je suis pleinement conscient.e des contre-indications au peeling, ainsi je vous ai fait part :

De mon état de santé et du fait que **je ne suis pas enceinte, sujet.te aux allergies, atteint.e d'une maladie neurologique, auto-immune ou dermatologique active\***.

> En cas de maladie.s j'en précise ici le.s nom.s :

.....  
De tout traitement que je prends à ce jour et du fait que **je ne suis pas sous chimiothérapie, sous traitement par isotétrinoïne** (dérivé de la vitamine A, type Roacutane), **sous anti-coagulants, sous anti-inflammatoires, sous aspirine, sous testostérone, sous anti-dépresseurs\***.

> En cas de traitement éventuel je précise ici le nom du/des médicament.s :

.....  
*\* En cas de nécessité, je me rapprocherai de mon médecin traitant afin de vous fournir un certificat médical pour la prise de RDV.*

## 5) Je vous donne mon accord irrévocable pour le choix du peeling à effectuer en fonction de mon type de peau et de mes attentes.

## 6) J'ai pris connaissance que mon esthéticienne pratique le peeling chimique superficiel à un taux de concentration de principe actif inférieur à 30% et répondant au règlement n°1223/2009 du Parlement Européen et du Conseil du 30 novembre 2009 relatif aux produits cosmétiques.

## 7) Je comprends que la prise de photographies avant et après l'acte soit une condition de la procédure.

> J'accepte que mes photos soient éventuellement publiées via les outils de communication de Nesa.

## 8) Je comprends que :

Je devrais **impérativement suivre au quotidien ma nouvelle routine de soins** conseillée par ma dermo-cosméticienne, afin de prolonger les résultats obtenus grâce à l'action du peeling.

## 9) J'ai pleinement conscience que :

Toute **prestation commencée** sera **intégralement due**.

**Si je n'ai pas respecté les précautions à suivre avant et le jour-même** et que la prestation ne peut pas être effectuée ou doit être interrompue à cause de cela, **l'intégralité de la prestation sera due et une nouvelle séance de création devra être reprogrammée.**

**Mon RDV pourra être déplacé jusqu'à 48H à l'avance, passé ce délai mon acompte sera conservé.**

**En cas d'oubli ou de retard, ma prestation sera annulée et mon acompte sera conservé.**

« C'est pourquoi après avoir lu l'ensemble des informations figurant sur ce document,  
je vous donne mon consentement à la réalisation d'un peeling chimique superficiel. »

## PRÉCAUTIONS À SUIVRE AVANT / LE JOUR-MÊME / APRÈS

**NOUS PORTONS VOTRE ATTENTION SUR LE FAIT QUE LE RÉSULTAT FINAL NE DÉPENDRA PAS UNIQUEMENT DE NOTRE SAVOIR-FAIRE, IL DÉPENDRA AUSSI À 100% DU SOIN QUE VOUS APPORTEREZ À SUIVRE LES ÉTAPES SUIVANTES !!!**

### Δ AVANT VOTRE RENDEZ-VOUS :

**2 mois avant, pas de chirurgie ni de laser** au niveau du visage et du cou.

**14 jours avant, pas de peeling** de quelque nature que ce soit.

**7 jours avant, pas d'exposition au soleil** direct ou en solarium.

**48 heures avant, pas d'épilation ou de gommage** du visage.

### Δ LE JOUR DE VOTRE RENDEZ-VOUS :

**Après la douche n'appliquez aucun maquillage ni produit cosmétique** (crème, parfum, etc ...) **sur le visage et le cou.**

**Soyez bien reposé.e et venez seul.e**, aucun accompagnant ou animal n'étant accepté.

**Pas de sport** avant la séance. Veuillez donc à ne pas venir en vélo par exemple.

### Δ APRÈS LA PRESTATION :

**Le résultat définitif de votre séance de peeling sera appréciable dans une moyenne de 4 semaines après l'acte**, durée pendant laquelle **votre peau va changer d'aspect**. Cela est tout à fait normal et fait partie du processus de régénération cellulaire.

**Si votre peau desquame, ne pas toucher, frotter, gratter ou arracher les squames** car cela pourrait provoquer des cicatrices.

**Appliquez quotidiennement une protection solaire avec un SPF30 minimum** entre chaque séance puis **durant 1 mois après la dernière séance.**

**Pendant 24 heures pas de sport, de sauna ou hammam et ne pas mouiller la zone traitée ni y appliquer de produit cosmétique.**

**Pendant 7 jours, pas d'épilation ou de gommage.**

**Pendant 1 mois, pas de laser ni d'exposition au soleil direct ou en solarium.**

Une nouvelle séance pourra vous être proposée à un intervalle de 2 à 4 semaines environ, en fonction de la manière dont votre peau va réagir mais aussi des résultats que vous souhaitez obtenir.

PRESTATION	MICRO-PEELING
LA SÉANCE	90€*
LE ... / ... / ... PRODUITS UTILISÉS	
LE ... / ... / ... PRODUITS UTILISÉS	
LE ... / ... / ... PRODUITS UTILISÉS	
LE ... / ... / ... PRODUITS UTILISÉS	
LE ... / ... / ... PRODUITS UTILISÉS	
LE ... / ... / ... PRODUITS UTILISÉS	

\* Tarifs au 1er mai 2022, sous réserve de modification. Prévoir 10€ de plus en cas de démaquillage.

Fait en double exemplaire à Pau, le

**Le client**

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

**Le professionnel**

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

NESA.

6F rue Adoue 64000 Pau - 07.88.43.73.55 - SIRET 82479283200019