

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DU PATIENT

Nom/Prénom

Date de naissance (AN/M/J)

Adresse

Ville

Province

Code Postal

No. Tél Dom

No. Tél Cell

No. Tél Bureau

Poste

Veillez compléter le bilan d'informations suivant afin que nous puissions effectuer votre traitement. Il est à noter que Laser Derma Pure Inc. se fie aux renseignements qui suivent pour effectuer un traitement sécuritaire et efficace. Si le (la) patient omet ou falsifie les renseignements demandés ci-dessous, Laser Derma Pure Inc. se désiste de toute responsabilité quant aux dommages corporels que le traitement pourrait occasionner.

Acceptation des conditions préalables (Signature du patient(e)) _____

Renseignements et antécédents médicaux (Si oui, veuillez spécifier. Si non n'inscrivez rien) :

Maladie du cœur

Bouton(s) de fièvre/

Chéloïde

Grossesse/Allaitement

Diabète

Avez-vous pris de l'Accutane au cours des 6 derniers mois?

Prenez-vous des médicaments (antibiotiques, antidépresseurs ou autre)?

Savez-vous s'ils sont photosensibles? Si oui lesquels le sont?

Avez-vous des allergies?

Vous arrive-t-il d'avoir des éruptions cutanées? Oui/Non

Si oui, à quelle fréquence?

Faites-vous de l'acné kystique? Oui/Non

Avez-vous des cicatrices dues à l'acné? Oui/Non

Avez-vous une ou des maladies transmises sexuellement qui peuvent être susceptibles de mettre à risque ou infecter la technicienne qui vous traite? Oui/Non

Si oui, quel est le nom complet de cette MTS?

Si oui, quelles sont les précautions et restrictions prescrites par votre médecin afin de réduire les risques de transmission?

Décharge d'exposition au soleil, application d'huiles ou crème auto-bronzant et application ou utilisation de produits épilatoires

Date

Nom/Prénom

Date de naissance (AN/M/J)

Utilisez-vous un lit (appareil/machine) de bronzage? Oui/Non

Si oui, veuillez inscrire la date à laquelle vous l'avez utilisé la dernière fois avant votre visite (AN/M/J)

Avez-vous présentement un coup de soleil sur l'une des régions à traiter aujourd'hui? Oui/Non

Si oui, sur quelle région?

Utilisez-vous une solution auto-bronzante? Oui/Non

Si oui, quelle est la date de la dernière application? (AN/M/J)

Avez-vous été exposé au soleil sans protection (crème ou vêtements) depuis les derniers 14 jours de la date écrite au début de ce présent document? Oui/Non

Si oui, quelle était la date de votre dernière exposition? (AN/M/J)

Utilisez-vous les suivants : Cire épilatoire, décolorant ou autres produits chimiques qui ont pour but la modification de votre pilosité ou changement dans les caractéristiques de votre peau, huile, accutane ou sel d'or, produits naturels (ginko biloba, millepertuis, ginseng ou autre) sur une ou plusieurs régions de votre corps? Oui/Non

Si oui, quelle est la date de la ou des dernières applications de ces produits sur l'une ou plusieurs de vos régions corporelles? (AN/M/J)

Si oui, sur quelles régions de votre corps ces produits ont-ils été appliqués?

Votre peau a-t-elle été endommagée par le soleil ? Oui/Non

Si oui, quelles régions et emplacements exactes ont été endommagés?

Avez-vous un problème ou une maladie relié à la pigmentation de votre peau? Oui/Non

Si oui, veuillez détailler

Avez-vous reçu des injections de Botox ou collagène au cours des 6 derniers mois? Oui/Non

Si oui, veuillez inscrire la date à laquelle vous avez reçu votre dernière injection (AN/M/J)

Avez-vous un diagnostic officiel provenant d'un dermatologue
relié à un problème de cicatrisation? Oui/Non

Si oui, veuillez nous fournir le plus d'informations possible à ce sujet

Utilisez-vous des crèmes topiques? Oui/Non

Si oui, veuillez spécifier avec un X celle(s) que vous utilisez

Acide rétinoïque

Acide lactique

Autre(s)

Acide glycolique

Hydroquinone

Avez-vous un ou des tatouages (le maquillage permanent est un tatouage)? Oui/Non

Si oui, sur quelle(s) région(s) corporelle(s)?

Le patient comprend que s'il (elle) possède un tatouage ou maquillage permanent sur la région à traiter, qu'il (elle) cours le risque d'apparition des cloques, galles ou même des brûlures sur sa région tatouée. En aucun cas, un ou une technicienne de Laser Derma Pure Inc n'effectuera un traitement au laser ou à la lumière pulsée sur une ou des régions corporelles imprégnées d'un tatouage. Le patient consent à accepter tout refus de traitement de la part du ou de la technicienne sur les régions tatouées.

Acceptation des conditions préalables (Signature du patient(e)) _____

Y a-t-il d'autres informations importantes sur vos antécédents médicaux ou sur votre état cutané qui doivent nous être transmises avant de procéder à vos traitements? Oui/Non

Si oui, lesquelles?

Décharge

Je reconnais que les traitements au Laser ou à la lumière pulsée sont des méthodes qui nécessitent plusieurs traitements. Étant donné l'impossibilité de connaître les particularités précises de la pilosité d'un patient par le (la) technicien effectuant les traitements, Laser Derma Pure Inc est dans l'impossibilité de garantir le nombre exacte de traitements nécessaires pour un résultat complet.

Laser Derma Pure Inc. se réserve le droit en tout temps de choisir la technologie (Laser ou Lumière pulsée) utilisée à chacune de ses succursales et ce sans préavis. Aucun refus de traitement ne sera accepté si l'une ou l'autre de ces technologies est disponible lors de vos rendez-vous. Si le (la) patient refuse le traitement, il ou elle perdra ce traitement. Aucune compensation de sera versée au patient.

Si vous devez reporter (repousser ou annuler) un rendez-vous, il est dans l'obligation du ou de la patiente de prévenir 48h (2 jours ouvrables) d'avance (le 48h débute à la date et à l'heure ou un message vocal, un courriel ou un texto est envoyé et reçu) le siège social de Laser Derma Pure Inc. À défaut de cet avis de 48h, Laser Derma Pure Inc fera perdre ce rendez-vous au ou à la cliente. Si le ou la cliente désire conserver ce rendez-vous, il ou elle devra payer, lors du prochain traitement, des frais de 75\$ + taxes.

Je reconnais avoir répondu aux questions ci-dessus en toute honnêteté et confirme que s'il n'est pas le cas, Laser Derma Pure Inc ne peut être tenu responsable de tout dommage corporel occasionné par le ou les traitements. Le ou la patiente est responsable de fournir toute information susceptible de pouvoir mettre en danger sa santé ou pouvoir causer des lésions, réactions ou allergies corporelles quelconques. Ce questionnaire est strictement confidentiel et ne sera en aucun divulgué ou partagé avec quiconque. Ce document a été rédigé dans le seul et unique but que le ou les traitements soient sécuritaires, efficaces et sans risques pour le patient ainsi que pour le ou la technicienne attiré à votre dossier.

Je reconnais avoir informé le ou la technicienne de toute exposition au soleil depuis les 14 derniers jours précédant chacun des traitements effectués par Laser Derma Pure Inc. Il est de la responsabilité du patient (e) d'avertir le ou la technicienne de tout (s) changement (s) aux renseignements précédemment fournis à chacun des rendez-vous à l'une des succursales de Laser Derma Pure Inc. Laser Derma Pure Inc. se désiste de toute négligence ou omission de transmission de l'information sur l'état de santé ou corporel du patient (e) concerné dans ce document. Veuillez écrire votre nom au complet (Prénom et Nom) et ensuite apposer votre signature afin de certifier votre acceptation de la décharge décrite ci-dessus.

En aucun cas Laser Derma Pure Inc. fournira une copie de ce présent document au patient sauf sous l'exigence d'un juge ou d'une cour juridique du Québec.

Je reconnais avoir lu et compris la présente décharge.

Nom et prénom

Signature du patient(e)
