

Date : / /

SUIVI CLIENT

Nom :

Prénom :

Téléphone :



Parcours Minceur 3en1

Contre-indications

(Entourez la bonne réponse)

			séance
1. Etes-vous enceinte ou essayez-vous de l'être, et pas d'allaitement en cours ?	OUI	NON	x
2. Etes-vous diabétiques ou souffrez-vous de pathologies cardio-vasculaires / PACEMAKER ?	OUI	NON	led
3. Etes-vous porteur d'un matériel métallique piercing, agrafes, broches, contraceptif métallique tatouages ou du maquillage permanent de <u>moins de 6 mois sur la zone à traiter</u> ?	OUI	NON	led
4. Avez-vous des antécédents de thrombose ou phlébites ?	OUI	NON	led
5. Avez-vous des lésions cutanées ou cicatrices de <u>moins 1 an sur la zone à traiter</u> ?	OUI	NON	zone
6. Avez eu ou Etes-vous atteintes d'une tumeur ou un cancer ?	OUI	NON	x
7. Avez-vous des dérèglements hormonaux <u>AVEC traitement</u> ?	OUI	NON	led
8. <u>Avez-vous la maladie ou le syndrome de Raynaud ou allergiques au froid</u> ?	OUI	NON	rf/led/cavi
9. Avez-vous (eu) chimiothérapique, maladie rénale ou du foie ou hépatique, une HTA ?	OUI	NON	x
10. Avez-vous eu une intervention chirurgicale <u>avec anesthésie générale</u> depuis moins d'1an ?	OUI	NON	x
11. Avez-vous une hernie <u>sur la zone à traiter</u> ?	OUI	NON	rf/led/cavi
12. Avez-vous un implant ou une prothèse métallique <u>sur la zone à traiter</u> ?	OUI	NON	led
13. Avez-vous une hémoglobinurie paroxystique (destruction rapide des globules rouges)	OUI	NON	led
14. Etes-vous porteur du SCT (un seul gène de drépanocytose) peut être héréditaire	OUI	NON	led
15. Avez-vous une inflammation, blessures, dermatite, pb circulatoire <u>sur la zone à traiter</u> ?	OUI	NON	zone
16. Avez-vous des varices ou problèmes de circulation veineuses <u>sur la zone à traiter</u> ?	OUI	NON	led/cryo

ATTENTION : Pas de médicaments anticoagulants type aspirine 72h avant les séances !! Ibuprofène / Aspegic

ATTENTION : Si séance sur le ventre durant les menstruations risque d'avoir un flux sanguin intensif !!

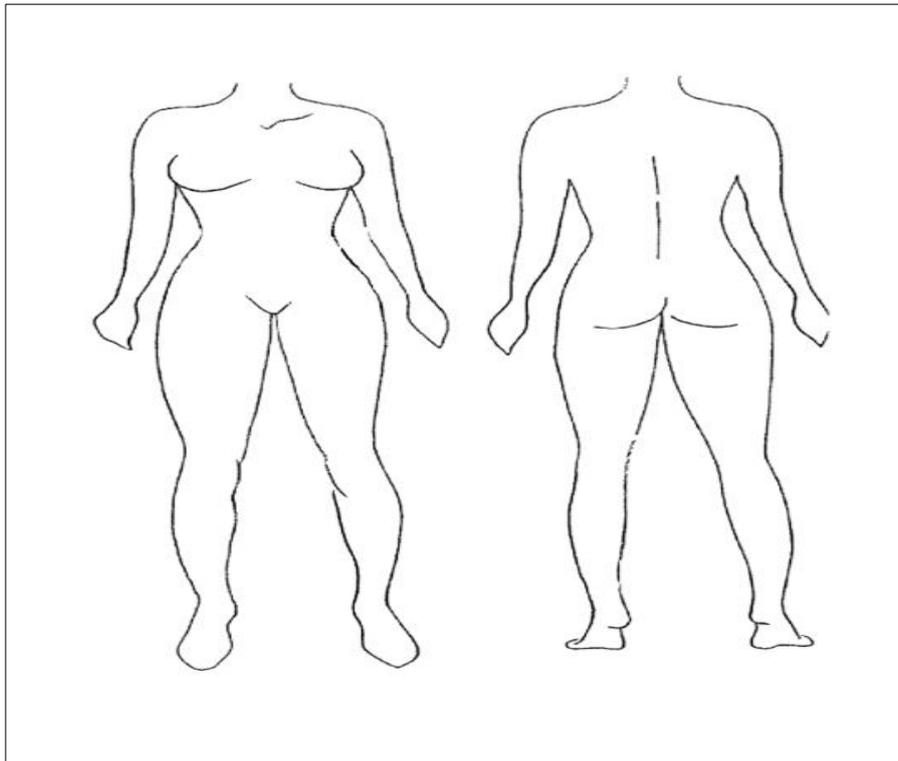
ATTENTION : Tous changements de santé devra être signalé à votre praticienne avant la séance !!

ATTENTION : Pas de téléphone portable utilisé ou dans la poche durant la séance d'ondes !!

ATTENTION : Stérilet en cuivre OK, stérilet hormonale PAS OK !!!

Signature client(e) précédée de la mention « lu et approuvé »

Localiser les zones à traiter :



La cliente doit être pieds joints et sans chaussure pour cette prise de mesure.

Prises des mesures UNIQUEMENT des parties à traiter avec le mètre ruban en cm et avec la pince à pli cutané en mm.

Parties à perdre	Avant 1 s.	/	/	Après 3 s.	/	/	Après 5 s.	/	/
Sol au nombril	cm			cm			cm		
Tour de ventre	cm /		mm	cm /		mm	cm /		mm
Sol aux cuisses	cm			cm			cm		
Tour de cuisse G	cm /		mm	cm /		mm	cm /		mm
Tour de cuisse D	cm /		mm	cm /		mm	cm /		mm
Sol aux poignées d'A	cm			cm			cm		
Tour des poignées d'	cm /		mm	cm /		mm	cm /		mm
Sol aux genoux	cm			cm			cm		
Tour du genou G	cm /		mm	cm /		mm	cm /		mm
Tour du genou D	cm /		mm	cm /		mm	cm /		mm
Sol à la culotte de Ch.	cm			cm			cm		
Tour culotte G	cm /		mm	cm /		mm	cm /		mm
Tour culotte D	cm /		mm	cm /		mm	cm /		mm
Sol aux bras	cm			cm			cm		
Tour de bras G	cm /		mm	cm /		mm	cm /		mm
Tour de bras D	cm /		mm	cm /		mm	cm /		mm
Sol	cm			cm			cm		
.....	cm /		mm	cm /		mm	cm /		mm
.....	cm /		mm	cm /		mm	cm /		mm

paraphe client(e)

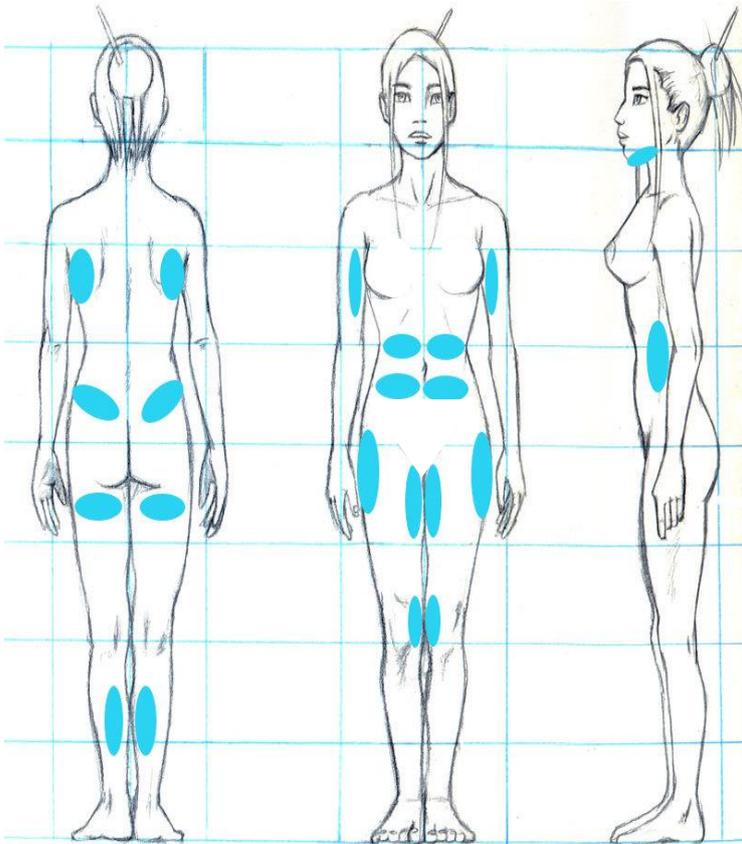
Nom du traitement :

Prix de vente :

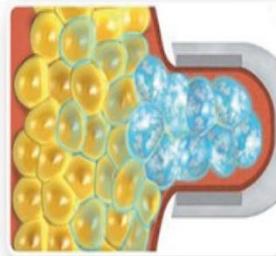
Paiements :

<i>Séance</i>	<i>Date</i>	<i>Praticien</i>	<i>Zones traitées</i>	<i>Technologies</i>	<i>Intensité/T°/autre</i>
1				RF CAVI CRYO	-3°C
2				RF CAVI CRYO	-6°C
3				RF CAVI CRYO	-9°C
4				RF CAVI CRYO	-12°C
5				RF CAVI CRYO	-15°C

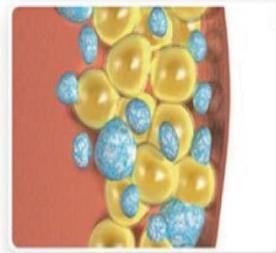
Explications et zones potentiellement traitables



La graisse tenace résiste aux régimes et à l'activité sportive de manière systématique et elle s'installe avec l'âge



L'amas grasseux sera refroidi de manière contrôlée afin de détruire uniquement les cellules adipeuses



Dans les semaines qui suivent, ces cellules seront naturellement éliminées par le corps.



Les résultats seront durables puisque les cellules adipeuses seront parties pour de bon.



Avec la technologie de la Cryolipolyse dites adieu à vos amas graisseux !

DECHARGE DE RESPONSABILITES PRESTATIONS

Utilisant une des machines suivantes :

- Radiofréquence
- Lipocavitation
- CRYOLIPOLYSE

Je soussigné(e)....., atteste avoir pris connaissances des risques et des effets secondaires qui peuvent apparaître après une séance de

Le/...../..... et je décharge ce cabinet de toutes responsabilités en cas de conséquences.

Fait le/...../..... à

Signature du client

« Suivi de la mention lu et approuvé »