

CONSENSO INFORMATO SULL'EPILAZIONE A DIODO LASER E LUCE A SCANSIONE

Nome e Cognome _____ Data di Nascita _____
 Indirizzo _____ Città _____ Pr. _____
 Telefono / cellulare _____ e-mail _____
 Dichiaro:

Che attraverso questo documento richiedo ed autorizzo il personale del centro estetico _____, ad effettuare sulla mia persona il trattamento di epilazione a DIODO LASER e LUCE A SCANSIONE, che si dettaglia come segue.

Breve spiegazione del trattamento. Il centro estetico _____, utilizza un apparato che produce un surriscaldamento selettivo del follicolo del pelo che porta alla sua distruzione senza infastidire il tessuto circostante. Sono stato informato che l'epilazione completa di una zona si raggiunge con varie sessioni, variabili in funzione del pelo e della zona del corpo da trattare.

Controindicazioni possono includere: Herpes simplex, trattamenti medici fotosensibilizzanti, gravidanza o allattamento, diabete, tendenza a cicatrici cheloidei, processi maligni, eccessiva sovra esposizione solare. Inoltre sono stato informato che devo comunicare al personale del centro estetico il consumo di qualunque sostanza farmacologica ed il cambiamento del mio stato basale (gravidanza, malattie, allergie, ...).

Rischi inerenti il cliente e le sue circostanze personali.

Sono stato informato che dopo il trattamento è normale che la zona possa presentare un eritema/edema, di solito leggero, od una piccola vescicola intradermica. Nella norma questi effetti durano solo poche ore, anche se in alcuni casi possono essere più persistenti. Soprattutto il rischio è maggiore per le pelli scure o che sono state esposte al sole recentemente, perché la presenza di melanina è maggiore. Inoltre può presentarsi un cambio di pigmentazione (ipo e iper) che in generale è transitorio, e che trattato adeguatamente sparisce in poco tempo. Inoltre sono stato informato dell'utilizzo degli occhialini protettivi per la vista, in quanto il diodo laser può danneggiare la retina.

Confermo che il trattamento menzionato, mi è stato spiegato a fondo da un professionista (operatore estetico) con parole comprensibili per me, i rischi che presentano gli effetti indesiderati, i rischi caratteristici della mia persona, così come i disturbi od eventuali sensazioni fastidiose che occasionalmente potrei sentire. Inoltre mi sono state spiegate altre opzioni di depilazione esistenti che sono disponibili sul mercato con pro e contro delle stesse. In considerazione di quanto esposto scelgo il procedimento di epilazione a DIODO LASER e LUCE A SCANSIONE spiegatomi come trattamento non invasivo.

Mi impegno a seguire fedelmente, od al meglio delle mie possibilità, le istruzioni del personale prima, durante e dopo il trattamento a DIODO LASER e LUCE A SCANSIONE menzionato. Di evitare l'esposizione ai raggi UV nelle ore successive al trattamento, al fine di non favorire l'insorgere degli effetti secondari in precedenza descritti. In fede dichiaro di non avere omesso o alterato i dati relativi alla mia storia clinica personale, specialmente ciò che concerne le allergie le malattie ed i rischi personali.

Autorizzo il personale del centro ad effettuare delle fotografie della zona trattata per uso interno e che non costituiscono nessuna violazione della privacy.

Riconosco che i risultati ottenibili con questo trattamento non sono definitivi, e che la sperimentazione effettuata in campo applicativo di questa tecnica, consegue un risultato del 90% dell'esito, e che esiste una casistica del 10% dei soggetti trattati, non consegue una riduzione superiore all'80%.

Firma del cliente

Con la presente, Vi autorizzo al trattamento dei miei dati personali contenuti nel presente documento, ai sensi della Legge 31/12/1996 n.675 e successive modifiche ed integrazioni.

Firma del cliente e data

Beauty Service

Metodi e Tecnologie per i Centri Estetici

SCHEDA VALUTAZIONE CLIENTE

INFORMAZIONI ANAGRAFICHE

Nome e Cognome	Telefono	Sesso
Data di Nascita		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Zona interessata al Trattamento		

INFORMAZIONE SULLO STATO DI SALUTE

	SI	NO
Età Adolescente		
Gravidanza		
Diabete		
Malattie venose agli arti inferiori (vene varicose)		
Epilessia		
Allergie cutanee		
Nevi o Cicatrici da trattare		
Precedenti Trattamenti di epilazione con luce pulsata o laser		
Assume farmaci? Quali?		

INFORMAZIONI GENERICHE

	SI	NO
Presenza di peli in zone particolari		
Ciclo mestruale regolare / Menopausa		
Uso creme depilatorie / Rasoio		
Patologie ormonali (ipofisi, ovaio, surrea)		
Uso pillola anticoncezionale (anche a scopo terapeutico)		
Presenza di microcisti nel follicolo		
Acne in zona parolabiale o mentoniera		
Pregressa assunzione di anabolizzanti e/o cortisonici (ultimi 6 mesi)		

INFORMAZIONI FOTO ESPOSIZIONE

Ultima esposizione al sole	
Ultima esposizione a lampade abbronzanti	

Colore del pelo Biondo Nero Castano chiaro Rosso Castano scuro Bianco

Densità del pelo sulle zone da trattare Rado Folto Normale
 Tipologia di Pelo Sottile Normale Grosso

Fototipo 1 2 3 4 5 6
 Soggetto Normotipo Androgeno Irsuto Ipertricoso
 Tipo di Pelle Secca Grassa Normale

Sarà mia cura avvertire tempestivamente eventuali variazioni, inoltre autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi della legge sulla privacy nr.657/96.

Data _____

Firma _____

