

**FICHE CLIENT**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Port. \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

**ANAMNÈSE GÉNÉRALE**

|   |         |  |                      |         |  |
|---|---------|--|----------------------|---------|--|
| Allergies                                     | OUI NON |  | Maladies de la peau  | OUI NON |  |
| Herpès  | OUI NON |  | Maladies chroniques  | OUI NON |  |
| Kystes ovariens                               | OUI NON |  | Ménopause            | OUI NON |  |
| Implants dans la zone vaginale (ex. stérilet) | OUI NON |  | Problèmes cardiaques | OUI NON |  |
| Fumeur  | OUI NON |  | Epilepsie            | OUI NON |  |
| Prise de médicaments                          | OUI NON |  | Greffes              | OUI NON |  |
| Grossesse                                     | OUI NON |  | Néoplasies           | OUI NON |  |

Autres \_\_\_\_\_



# Consentement éclairé

## Traitement avec REVIGEN

Cachet et signature

Le traitement avec REVIGEN est réservé aux personnes en bonne santé : veuillez lire attentivement ces notes afin d'assurer le meilleur résultat de traitement et d'être informée de toute contre-indication ou effet secondaire.

**Concernant le traitement HIFU, je déclare sous ma responsabilité :** ne pas avoir de stimulateurs cardiaques, défibrillateurs, implants et/ou dispositifs dans les zones à traiter (par exemple le stérilet), ne pas suivre de traitement anticoagulant (coumadine et similaires), ne pas être enceinte, ne pas avoir de troubles de la coagulation (diabète insulino-dépendant, l'hémophilie), ne pas souffrir de maladies auto-immunes systémiques ou locales avec des manifestations affectant la peau qui pourraient altérer la régénération tissulaire, ne pas souffrir d'herpès simplex dans la zone à traiter, ne pas souffrir de paralysie de Bell, ne pas avoir de maladies néoplasiques depuis au moins cinq ans, de ne pas avoir d'épilepsie.

Toute personne se soumettant au traitement doit signaler toute sensation d'inconfort importante et insupportable à l'opérateur.

**Concernant le traitement avec de la radiofréquence et/ou l'électroporation et/ou l'électrostimulation et/ou Felc, je déclare sous ma responsabilité:** ne pas avoir d'implants et/ou de dispositifs dans la zone à traiter (par exemple le stérilet), ne pas être cardiaque, ne pas avoir de stimulateur cardiaque ou d'appareils électroniques d'aucune sorte, n'avoir jamais subi de greffes d'aucune sorte, ne pas avoir de pathologies néoplasiques depuis au moins cinq ans. Ne pas être enceinte, ne pas souffrir de diabète (insulino-dépendant), de maladies systémiques ou locales à caractère auto-immun avec des manifestations affectant la peau pouvant altérer la régénération des tissus.

Le traitement par radiofréquence réalisé avec REVIGEN est fonctionnel dans les domaines suivants : Vaginale et Vulvaire.

DATE \_\_\_\_\_

Nom et prénom \_\_\_\_\_

SIGNATURE POUR PRISE DE CONNAISSANCE \_\_\_\_\_