



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU CLIENT

Renseignements et antécédents médicaux du client

Afin de vous offrir le meilleur traitement possible, nous vous demandons de bien vouloir compléter le questionnaire suivant. Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels.

Nom du client :

Adresse : _____

Numéro de tél. : _____

Courriel : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____

Profession : _____

Contact d'urgence : _____

Professionnel : _____

Service à recevoir : Teinture des sourcils Teinture des cils Permanente des cils Rehaussement des cils

*De beaux
cils
en un
clin d'oeil*

Comment avez-vous entendu parler de nous? Magazine Site Web Recommandation Autre _____

Avez-vous déjà fait teindre vos cils? Oui Non Si oui, quand? _____

Si oui, avez-vous eu une expérience positive? _____

Si non, veuillez élaborer _____

Avez-vous déjà fait un rehaussement ou une permanente des cils? Oui Non Si oui, quand? _____

Si oui, avez-vous eu une expérience positive? _____

Si non, veuillez élaborer _____

Portez-vous des verres de contact? (Interdit durant le traitement) Oui Non

Avez-vous récemment subi une chirurgie des yeux? (Ex. : cataracte, Lasik?) Oui Non

Si oui, quand? _____ (le traitement sera reporté si vous avez subi une chirurgie des yeux au cours des 6 derniers mois)

Avez-vous déjà eu une réaction indésirable à un colorant capillaire ou autre produit de coloration? Ou une réaction à la permanente des cils ou au neutralisant utilisé dans le cadre d'une permanente ou d'un rehaussement des cils?

Veuillez expliquer : _____

Souffrez-vous d'un problème quelconque ou d'une blessure aux yeux? Oui Non

Êtes-vous allergique au latex ou au caoutchouc? Oui Non

Avez-vous une intolérance/allergie aux : ingrédients chimiques, fragrances, odeurs, colorants capillaires, ingrédients des colorants, aliments, adhésifs et colles et/ou à certains médicaments? (encerclez toutes les réponses applicables)

Si oui, veuillez préciser : _____

Êtes-vous présentement sous les soins d'un médecin? Oui Non **Si oui, précisez** _____

Prenez-vous présentement des médicaments/suppléments? Oui Non

Si oui, veuillez tous les énumérer : _____

Veuillez indiquer tout médicament ou gouttes pour les yeux que vous utilisez (sur ordonnance ou en vente libre) :

Comment décrieriez-vous vos cils naturels? Fins Épais Longs Courts Fragiles

Quel look parmi les suivants souhaitez-vous obtenir? Soulèvement complet Entre les deux Courbure naturelle

Lesquels des produits suivants utilisez-vous? (Veuillez cocher toutes les réponses applicables)

Mascara Mascara hydrofuge Sérum/traitement pousse des cils Recourbe-cils
 Produits à base d'huile (écran solaire, crème pour les yeux, ligneur, démaquillant) Verres de contact

Avez-vous déjà utilisé des bandes de cils ou reçu des extensions de cils et eu une sensation de brûlure, d'enflure Oui Non Si oui, spécifier : _____
et/ou de démangeaison des yeux/paupières?

Veuillez indiquer et encercler clairement tout ce qui pourrait s'appliquer à vous :

Historique	Oui	Non	Historique	Oui	Non
Stress/déséquilibre hormonal/anémie			Chimiothérapie/radiothérapie		
Microdermabrasion/exfoliations chimiques			Maladie de la glande thyroïde		
Blépharoplastie (lifting des paupières)			Lupus/cancer récents		
Acné/trétinoïne/Accutane (isotrétinoïne)			Peau irritée ou éraflée		
Tatouages, maquillage permanent des yeux, pigmentation des sourcils à la lame			Grossesse		
Alopécie/trichotillomanie/madarose/vitiligo			Diabète		
Psoriasis/eczéma/conjonctivite aiguë contagieuse (œil rose)/orgelet (autour des yeux)			Allergies saisonnières		
Hypersensibilité au cyanoacrylate, au formaldéhyde ou à certains adhésifs/colles			Yeux hypersensibles/yeux secs/glaucome		
<i>Indiquez si vous prenez l'un des médicaments suivants pouvant causer une perte de cheveux temporaire :</i>			Rétinoïdes utilisés pour traiter l'acné ou les problèmes cutanés (tels que l'Accutane ou la trétinoïne)		
Agents chimiothérapeutiques utilisés dans les traitements contre le cancer			Anticoagulants		
Bêta-bloquants utilisés pour contrôler la pression artérielle			Indiquez les problèmes médicaux qui ne figurent pas ci-dessus		

J'atteste qu'au meilleur de ma connaissance, tous les renseignements fournis sont vrais et exacts. J'ai noté tous mes antécédents médicaux connus et renseignements pertinents s'y reliant. Je comprends qu'il m'incombe d'informer le professionnel de mes conditions médicales et de santé actuelles. En ce qui a trait aux services futurs, j'informerai mon fournisseur de services de tout changement à mon état de santé et/ou changements aux renseignements ci-haut. Un historique actualisé est essentiel à l'exécution de procédures adéquates.

Nom du client (nom complet en caractères d'imprimerie)

Signature du client

Date

Consentement à la procédure de rehaussement/teinture des cils

Bien que toutes les précautions seront prises afin d'assurer votre sécurité et votre bien-être durant et après l'application de la teinture, veuillez prendre connaissance des risques potentiels suivants. Veuillez svp apposer vos initiales :

- Avant que tout professionnel qualifié puisse réaliser cette procédure, je comprends que je dois compléter cet accord dans son intégralité. J'ai consenti à rester allongé et immobile pour la durée du traitement. Je ne dois PAS ouvrir mes yeux à aucun moment à moins qu'on me demande de le faire. Je comprends aussi que je devrai m'allonger en position inclinée. Tout problème médical pouvant être aggravé par le fait d'être allongé immobile pendant une période de temps prolongée pourrait signifier mon incapacité à recevoir le service sur mes yeux et/ou sourcils.
- Je comprends que le traitement est une procédure sécuritaire qui ne comporte aucun temps de récupération pour la majorité des gens.
- Je comprends que si la teinture, l'oxydant ou le mélange des deux entre en contact accidentellement avec mes yeux, mes yeux seront rincés abondamment à l'eau et une attention médicale pourrait être requise.
- Je comprends qu'il pourrait y avoir des taches résiduelles foncées sur ma peau suite au processus de teinture de mes cils, mes sourcils ou les deux; celles-ci s'affaibliront et disparaîtront en peu de temps.
- Je comprends que, bien que tous les efforts seront faits pour m'offrir la couleur choisie, les poils de chacun absorbent la couleur différemment et mes résultats finaux pourraient différer de ceux que je souhaitais.
- Je comprends que sur une période de plusieurs semaines, la teinture pâlera graduellement et s'estompera. Il faudra réaliser la teinture à nouveau pour maintenir la fraîcheur de la couleur. La majorité des clients répètent la procédure à toutes les 3 à 4 semaines.
- Je comprends que je ne peux pas mouiller mes cils ou appliquer de maquillage sur mes yeux pendant un minimum de 24 heures après chaque rendez-vous pour mes cils ou sourcils puisque cela pourrait nuire aux résultats.
- Je consens à informer le professionnel à tout moment si j'ai un inconfort quelconque par rapport au rehaussement ou à la permanente des cils afin qu'il rectifie le problème, même s'il s'agit de mettre fin au service.
- Je comprends que je dois me présenter à mon rendez-vous sans verres de contact ou que je dois les enlever avant le début du service afin d'éviter toute irritation.
- Je comprends qu'un rehaussement des cils offre du soulèvement à mes cils naturels et que les résultats peuvent varier en fonction de la longueur et de la force de mes cils naturels. Je reconnais aussi que la teinture pour les cils teindra mes cils naturels en noir, bleu/noir ou brun naturel, selon ma préférence.
- Je comprends qu'un professionnel accrédité réalisera la procédure de rehaussement des cils, qu'il/elle est formé(e) professionnellement et qu'aucun remboursement ne sera offert relativement au service puisque les soins post-service sont ma responsabilité.

- Veuillez noter que vous devez préparer la région de l'œil avant votre arrivée. Les cils doivent être propres, secs et exempts de mascara, de maquillage et de résidus gras. Si vous vous présentez à votre rendez-vous sans être adéquatement préparé, nous ne pouvons pas garantir des résultats durables ou satisfaisants.
- Je reconnais que l'utilisation d'un sérum de croissance des cils peut affecter mes cils. (Si vous utilisez un sérum de rehaussement des cils, nous vous recommandons d'en cesser l'usage 24 heures avant votre service des cils.)
- Je comprends et consens à suivre les instructions de soin fournies par (insérer le nom du salon) _____ en ce qui a trait aux cils permanentés/rehaussés et/ou teints. Je réalise et accepte que le manquement à ces instructions pourrait causer les cils à ne pas rester permanentés.
- Je comprends que bien que (insérer le nom du salon) _____ réalisera une permanente/rehaussement/teinture de mes cils au moyen d'une technique adéquate, les instruments, rubans adhésifs, nettoyants, coussinets en gel pour les yeux, solutions à permanente et teintures utilisés pourraient irriter mes yeux ou engendrer les soins d'un médecin et ce, à mes frais.
- Je consens à aviser le professionnel ayant réalisé cette procédure si je souffre d'effets indésirables par rapport à mes cils.
- Je sais que le rehaussement/la permanente et/ou la teinture des cils comporte des risques. De plus, je comprends que, dans le cadre de la procédure, une irritation, une douleur, une sensation de brûlure, un inconfort ou, dans de rares cas, une infection aux yeux ou vision floue pourrait survenir sur la peau ou les yeux pouvant entrer en contact avec les agents de coloration ou de permanente. Je consens à communiquer avec (insérer le nom du salon) _____ et à consulter un médecin à mes propres frais si j'éprouve l'une ou l'autre de ces conditions DURANT ou APRÈS la procédure. Je dégage mon professionnel et (insérer le nom du salon) _____ de toute responsabilité liée à cette procédure qui est réalisée avec le plus grand soin et attention en ce qui a trait à la sécurité et l'application adéquate au moyen d'outils et de produits que le spécialiste des cils a été professionnellement formé à utiliser.
- Un petit nombre d'individus pourrait éprouver une réaction allergique aux teintures, aux colorants capillaires et autres traitements chimiques. Ce n'est que dans de rares cas que la réaction est sévère. Si vous avez déjà eu une éruption cutanée en relation à une réaction allergique au henné ou à un colorant capillaire contenant de la paraphénylènediamine (PPD), vous pourriez également développer une réaction allergique aux teintures à cils et sourcils et ne devriez pas les utiliser. Nous offrons gratuitement un test épicutané à tous les clients. Veuillez demander un test épicutané supplémentaire qui devrait être réalisé 48 heures avant votre rendez-vous si vous aimeriez tester votre sensibilité. Veuillez noter que le test épicutané ne garantit pas l'absence d'une réaction allergique.
- Refuser le test épicutané Accepter le test épicutané
- Je demande à ce que mes cils/sourcils soient traités avec les produits de teinture des cils/sourcils ou de rehaussement des cils. Je demande et consens également à ce que cette/ces procédure(s) soit(ent) faite(s) **sans** la réalisation d'un test épicutané. Je comprends le contenu de ce formulaire et assume l'entière responsabilité de mes actions, exonérant par conséquent toutes les autres parties de leurs responsabilités découlant de l'offre des produits et service(s).
- Je ne suis pas d'accord et je souhaite procéder à un test épicutané gratuit.
- Les rehaussements des cils sont aussi appelés des permanentes de cils. Je comprends que la solution à permanente peut dessécher mes cils, tout comme toute autre forme de permanente. Considérant le risque de déshydratation, le soins des cils post-traitement est important et doit être réalisé pour assurer des résultats optimaux.
- Photographie :** Étant entendu qu'un grand soin sera mis en œuvre pour ne pas dévoiler mon identité, je consens à la prise de photos/vidéos avant, durant et après le traitement/service. Ces photographies/vidéos seront la propriété de (insérer le nom du salon) _____ et/ou ses ayants droit, et peuvent être utilisées sur les médias sociaux ou à des fins scientifiques, éducatives, de publication ou promotionnelles.

J'ai lu les renseignements ci-dessus. Si j'ai des préoccupations, je m'adresserai à mon professionnel des services des yeux. Je donne la permission à _____ de réaliser la procédure tel que discuté, et tiendrai indemne son personnel de toute responsabilité qui peut résulter de ce traitement. J'ai répondu avec exactitude aux questions qui précèdent, y compris celles portant sur les allergies connues, les médicaments d'ordonnance ou les produits administrés par voie orale ou topique. Je comprends que le professionnel prendra toutes les mesures nécessaires pour minimiser ou éliminer les réactions adverses autant que possible. Si j'ai des questions ou préoccupations supplémentaires relativement au traitement, je consulterai immédiatement le professionnel.

Je conviens que ceci constitue une divulgation complète et qu'elle remplace toute divulgation verbale ou écrite préalable. Je certifie avoir lu, et entièrement compris, les paragraphes qui précèdent et que j'ai eu des possibilités de discussion suffisantes pour avoir des réponses à toutes mes questions. Je comprends la procédure et accepte les risques qu'elle comporte. Je ne tiens pas le professionnel, dont la signature figure ci-dessous, responsable de toute condition présente, mais non divulguée, au moment du service. Cet accord restera en vigueur pour la durée de la procédure et toutes les procédures futures menées par (insérer le nom du salon) _____ pendant une année à compter de la date de signature de ce formulaire. Je comprends qu'il m'incombe d'informer mon spécialiste des cils si un changement à mon état de santé ou autre a une incidence sur ma convenance à recevoir le service dans les douze mois qui suivent. J'accepte que le présent accord m'engage, moi et mes héritiers, représentants légaux et ayants droit. Je certifie être âgé de plus de 18 ans et que j'ai le droit de conclure cet accord, ou, si je suis âgé de moins de 18 ans, que j'ai obtenu le consentement de mes parents/tuteurs légaux relativement à ce accord, et que leur lien avec moi s'établit comme suit :

En signant ci-dessus, il ou elle ratifie et consent à cette procédure aux termes des présentes.

Ce formulaire doit être signé en personne par le parent ou tuteur au moment du service et en présence du professionnel qui agira à titre de témoin.

Nom du client en caractères d'imprimerie

Nom du parent/tuteur en caractères d'imprimerie

Signature du client

Signature du parent/tuteur

_____/_____/_____
Date

_____/_____/_____
Date

Numéro de téléphone

Numéro de téléphone

Nom du professionnel

Signature du professionnel

Nous vous remercions d'avoir lu ce document et de votre coopération en vue d'assurer votre confort et votre sécurité.

PS : Vous pouvez faire une sieste pendant que vous vous faites faire les cils!

