

Formulaire de consentement pour extensions de cils

J'accepte d'avoir les extensions de cils appliqués et/ou retirés de mes cils.

Afin que mon technicien qualifié cils professionnel puisse effectuer cette procédure, je comprends que je dois donner mon accord en signant et en datant le présent formulaire de consentement (2 pages) à l'endroit indiqué ci-dessous.

Les conditions suivantes peuvent déterminer une incompatibilité à l'extension de cils :

<u>Conditions</u>	<u>Effets indésirables</u>	Oui	Non
Allergiques aux adhésifs (colles, bandes, pansements, etc)	Extension de cils utilise des rubans adhésifs, colles et coussinets de gel qui peuvent provoquer une réaction allergique		
Traitements de chimiothérapie dans les 6 derniers mois	Les médicaments pour la chimiothérapie peuvent entraîner une réaction à des matériaux utilisés pour les extensions de cils		
Médicaments pour la thyroïde	Extensions de cils ne va pas durer à cause du traitement médicamenteux.		
Chirurgie Lasik moins de 4 mois (il faut attendre 4 semaines post-op examen d'autorisation médical)	Les yeux peuvent être sensibles à des extensions de cils et produits utilisés pour apprêter le contour des yeux (colles, coussinets de gel).		
Blephoroplasty (doit attendre 6 mois post-opération pour le consentement médical)	Les yeux peuvent être sensibles à des extensions de cils et produits utilisés pour apprêter le contour des yeux (colles, coussinets de gel).		
Lentilles de contact	La colle utilisée pour appliquer les extensions de cils peut couler sous la lentille de contact et de causer une abrasion cornéenne ou verres scratching. Contact doivent être enlevés avant procédures d'extension de cils		
Crèmes grasses pour la peau et masques pour les cheveux	Les huiles naturelles et le gras contenus dans les crèmes de beauté favorisent la dissolution de la colle et la perte de l'extension de cils .		

.../...

J'accepte les conditions suivantes :

Je comprends qu'il y a des risques associés aux cils artificiels appliqués et / ou retiré de mes cils naturels.

Je comprends que les extensions de cils seront appliquées contre le cil naturel tel que déterminé par le technicien pour ne pas créer un poids excessif sur les cils naturels préservant ainsi l'aspect de la santé, la croissance et naturelle de mes cils naturels.

Je comprends le cadre de la procédure d'irritation des yeux, douleur oculaire, démangeaisons des yeux, l'inconfort et dans de rares cas d'infection oculaire peuvent survenir.

Je comprends et j'accepte que si je fais l'expérience de ces désagréments avec mes cils, je contacte mon technicien et les cils seront enlevés immédiatement et je consulterai un médecin le cas échéant à mes frais.

Je comprends que même si le technicien peut appliquer et retirer les cils correctement, les matériaux adhésifs peuvent être délogés pendant ou après la procédure, ceux-ci peuvent irriter les yeux ou nécessitent encore des soins de suivi.

Je comprends et j'accepte de suivre les instructions fournies par les soins après mon technicien. Ne pas suivre les instructions d'entretien peut causer la chute prématurée des extensions de cils.

Je comprends que pour les extensions de cils appliqués à s cils je vais devoir garder mes yeux fermés pour une durée de 60-100 minutes pendant la procédure. Je comprends aussi que j'ai besoin d'être couché dans une position inclinée.

Cet accord restera en vigueur pendant la procédure et toutes les procédures futures menées par mon technicien pendant un an à la date du présent formulaire signé.

Je comprends que cet accord est obligatoire et que j'ai lu et compris toutes les informations énumérées ci-dessus. Je déclare que je suis âgé de plus de 18 ans. Si moins de 18 ans un parent ou tuteur doit également signer ce formulaire.

Signature du client: _____ date : _____

Client (Nom imprimé): _____
Téléphone: _____

Parent ou tuteur (si moins de 18 ans) Nom et signature : _____