



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 ☐ Lamination des sourcils ☐ Dessin des sourcils

La vie n'est pas
parfaite
mais vos
sourcils peuvent
l'être

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

Avez-vous déjà fait laminer/teindre vos sourcils? ☐ Oui ☐ Non Si oui, quand?

Si oui, avez-vous eu une expérience positive?

Si non, veuillez élaborer :

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

Si oui, quand?

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

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, préciser :

Prenez-vous présentement des médicaments/suppléments? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez tous les énumérer : _____

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

Laquelle des options suivantes décrit le look que vous souhaitez obtenir?

☐ Droit ☐ Courbé ☐ Arc doux ☐ Arc prononcé ☐ Forme de S ☒ Vers le haut

Quel look parmi les suivants souhaitez-vous obtenir?

☐ Sourcils savon ☐ Sourcils laminés ☐ Sourcils effet plumage

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

☐ Crayon à sourcils ☐ Gel ou autre maquillage à sourcils ☐ Sérum/traitement pour la croissance des sourcils
☐ Produits à base d'huile (écran solaire, crème pour les yeux, ligneur, démaquillant)

Vos sourcils sont-ils pigmentés à la lame? Si oui, à quand remonte votre service? _____

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	☐	☐
Acné/trétinoïne/Accutane (isotrétinoïne)	☐	☐	Lupus/cancer récents	☐	☐
Tatouages, maquillage permanent des yeux, pigmentation des sourcils à la lame	☐	☐	Peau irritée ou éraflée	☐	☐
Alopécie/trichotillomanie/madarose/vitiligo	☐	☐	Grossesse	☐	☐
Diabète	☐	☐	Allergies saisonnières	☐	☐
Hypersensibilité au cyanoacrylate, au formaldéhyde ou à certains adhésifs/colles	☐	☐	Psoriasis/eczéma	☐	☐
Indiquez si vous prenez l'un des médicaments suivants pouvant causer une perte de cheveux temporaire :	☐	☐	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	☐	☐	Bêtabloquants utilisés pour contrôler la pression artérielle	☐	☐
Anticoagulants	☐	☐	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 lamination/teinture des sourcils

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 des 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 sourcils; 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 sourcils 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 à la lamination ou la teinture de mes sourcils afin qu'il rectifie le problème, même s'il s'agit de mettre fin au service.
- ☐ Je comprends qu'un professionnel accrédité réalisera la procédure de lamination des sourcils, 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 les sourcils doivent être propres, secs et exempts 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 sourcils peut affecter mes sourcils. (Si vous utilisez un sérum pour les sourcils, nous vous recommandons d'en cesser l'usage 24 heures avant votre service des sourcils.)
- ☐ Je comprends et consens à suivre les instructions de soin fournies par (insérer le nom du salon) _____ en ce qui a trait à la lamination et/ou la teinture des sourcils. Je réalise et accepte que le manquement à ces instructions pourrait causer les sourcils à ne pas rester permanentés.
- ☐ Je comprends que bien que (insérer le nom du salon) _____ réalisera une lamination/teinture de mes sourcils 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 sourcils.
- ☐ Je comprends que la lamination des sourcils consiste à restructurer les poils des sourcils afin de les garder dans une forme souhaitée, mais la responsabilité me revient de brosser mes sourcils quotidiennement pour préserver le look souhaité.

☐ Je sais que la lamination et/ou la teinture des sourcils comporte des risques. De plus, je comprends que, dans le cadre de la procédure, une irritation, un inconfort ou une irritation de la peau pourrait survenir si les agents de coloration ou de lamination entrent en contact avec ma peau. 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 sourcils 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 sourcils soient traités avec les produits de teinture et/ou de lamination des sourcils. 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.

☐ La lamination des sourcils est aussi appelée permanentes des sourcils. Je comprends que la solution à permanente peut dessécher mes sourcils, tout comme toute autre forme de permanente. Considérant le risque de déshydratation, le soins des sourcils 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 sourcils. 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 sourcils 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 sourcils!

