**LASE MD Ultra**

**BABY FACE - Réjuvénation**

**Dr Emmanuel REMY**

42 Avenue FOCH - 57000 METZ

[docteurremymetz.fr](http://docteurremymetz.fr/)

03 87 36 83 69

Bonjour,

Vous allez être amené(e) à remplir ce formulaire afin que votre séance se passe dans des conditions optimales de sécurité et d’efficacité.

Merci d’y répondre avec le plus de précision possible.

**NOM: PRENOM:**

**DATE DE NAISSANCE:**

**ADRESSE:**

**N° de Telephone:**

**Adresse mail :**

**PRECAUTIONS OU CONTRE-INDICATIONS LASER :**

* Avez-vous une maladie auto-immune, un lupus, un vitiligo ? OUI. NON
* Prenez vous des médicaments ( antibiotiques, traitements pour l’acné, anticoagulants, aspirine ou autres…). OUI. NON.
* Si OUI, lesquels ?
* Présentez-vous des lésions cancéreuses ou pré-cancéreuses ? OUI. NON
* Avez-vous comme traitement de la chimiothérapie ou de la radiothérapie ? OUI. NON
* Avez-vous fait des injections de Botox ou d’acide hyaluronique depuis moins de 10 jours ?

OUI. NON

* Êtes-vous allergique aux crèmes anesthésiantes ? OUI. NON

- Faîtes-vous de l’herpès ou des boutons de fièvre ? OUI. NON

* Etes-vous enceinte ou êtes vous susceptible de l’être? OUI. NON.
* Allaitez vous ou avez vous allaité depuis moins de 3 mois ? OUI. NON.

* Prenez vous des autobronzants par voie orale ou cutanée depuis moins de deux semaines ?

OUI. NON

* Prenez vous des béta-carotènes ( vitamine A ) ou avez vous appliqué du rétinol sur le visage dans les 48 dernières heures ? OUI. NON.

- Avez-vous appliqué un produit actif type vitamine C ou exfoliant sur le visage ? OUI. NON.

* Présentez-vous des grains de beauté ( naevus ) ou des lésions suspectes sur la zone à traiter ?

OUI. NON.

* Avez vous un tatouage, du maquillage permanent ou semi-permanent sur la zone à traiter ?

OUI. NON.

- Avez vous pris ou appliqué des huiles essentielles depuis moins de 14 jours sur la zone à traiter ? OUI. NON. .

* Avez vous pratiqué récemment gommage, peelings mécanique ou chimique ( depuis moins d’ 1 mois ) , hammam ou sauna ( depuis moins de 3 jours ) ? OUI. NON
* Avez vous appliqué un acide de fruits sur le visage 48 heures avant la séance ? OUI. NON.
* Avez vous la peau lésée ou fragilisée ? OUI. NON.

- Faites-vous de l’eczéma sur le visage ? OUI. NON

- Avez-vous un corps métallique dans la zone à traiter ? OUI. NON

- Avez vous des troubles de la cicatrisation ? OUI NON

- Etes vous mineur(e) ? OUI. NON.

SI VOUS AVEZ REPONDU OUI A UNE DES QUESTIONS, VEUILLEZ EN INFORMER LE Dr REMY.

Je certifie conformes et complètes les informations recueillies dans ce document à la date du ( écrire la date puis signer ) :