

BEAUTYFAST

FICHE INFORMATION ET CONSENTEMENT

Précautions d'emploi

Certains précautions sont nécessaires avant la séance

- Ne pas utiliser sur la tête, le cou, la carotide, la cage thoracique
- Ne pas utiliser les deux "Pads" l'une contre l'autre
- Ne pas porter d'objets métalliques ou électroniques
- Ne pas avoir le corps gras ou humide avant l'utilisation
- Ne pas manger ni entrer dans l'eau pendant le fonctionnement
- Ne pas dépasser 1 heure d'utilisation par zone
- Espacer l'utilisation au minimum 1 heure après les repas
- La zone d'utilisation et les "Pads" doivent être sec lors du fonctionnement
- S'alimenter (aliments riches en protéines) et s'hydrater une heure après l'utilisation

Contre indications

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| • Maladie cardio-vasculaire | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| • Hypertension artérielle | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| • Problèmes de thyroïde | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| • Tumeur ou cancer | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| • Maladie rénale et de la vessie | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| • Règles, grossesse, allaitement | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| • Epilepsy ou fatigue musculaire | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| • Implants métalliques ou électroniques, (anneau contraceptif métallique, stimulateur cardiaque..) | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| • Trouble thrombo-embolique constitué (phlébite) | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| • Maladie cérébrovasculaire (AVC) ou lésion cérébrale | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| • Intervention chirurgicale de moins de six mois | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Si vous avez répondu oui à l'un de ces items, il existe une contre indication à cette technique

Je soussigne certifie avoir lu les informations et avoir répondu sincèrement au questionnaire ci-dessus. Je m'engage à respecter les consignes du Fabricant et à signaler tout nouveau problème médical avant chaque séance.

Date:

Signature: