

FICHE DE SUIVI

SOIN PEELING

Nom & Prénom : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____ CP : _____

Ville : _____ Tél : _____

Date : _____

Soin : ANTI-ÂGE RESURFAÇANT | Soin : 1 2 3

CONTRES-INDICATIONS



Avez-vous fait des injections de toxine botulique ou acide hyaluronique dans les 72h ?

OUI NON

Avez-vous fait une épilation avec un décolorant / laser / lumière pulsée / dermabrasion récemment ?

Avez-vous réaliser un maquillage semi-permanent (micro-blading etc...) ?

Êtes-vous sous traitement photosensibilisant à base d'huiles essentielles ?

Êtes-vous sous traitement de chimiothérapie ?

Êtes-vous sous traitement médicamenteux (antibiotiques/cortisone ,isotrétinoïde, rétinoïde, anti-acnéique ou rétinol) ?

Souffrez-vous d'irritations cutanées (eczéma, herpès, psoriasis, acné, rosacéé...) ?

Avez-vous des allergies cutanées ?

RECOMMANDATIONS CLIENT(E) SOIN PEELING

AVANT LE TRAITEMENT :

- Ne pas faire de gommage ni d'épilation visage 48h avant le soin.
- Arrêter les traitements à la Vitamine A.

APRÈS LE TRAITEMENT :

- Un léger picotement, une sensation de chaleur ou une forte rougeur peuvent être ressentis au niveau suite à ce traitement (ces sensations disparaîtront maximum 2 heures après le traitement).
- Éviter les saunas, hammams, piscines, soins à base d'eau de mer ou produits pouvant être irritants pour la peau au moins une semaine après chaque traitement.

PENDANT LA CURE DE 3 SOINS :

- Pas d'exposition directe au soleil.
- Ce produit contient des AHA, il peut rendre la peau plus sensible au soleil. Limiter l'exposition au soleil après utilisation de ce produit.
- Utiliser un produit de protection solaire et poursuivre au moins une semaine après la fin du traitement.

Lu et approuvé
Signature

à : le :