

DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR UN DRAINAGE LYMPHATIQUE



Nom de la cliente :
Adresse :
Date de naissance :

Liste des contre-indications médicales

Je, soussigné(e), reconnais avoir été informé(e) par le praticien des contre-indications médicales au drainage lymphatique manuel, à savoir :

Contre-indications absolues

- Infections aiguës (bactériennes, virales ou fongiques).
- Tumeurs malignes ou cancers en cours, sauf avis médical favorable.
- Thromboses veineuses profondes, phlébites ou risque élevé d'embolie pulmonaire.
- Insuffisance cardiaque décompensée ou sévère.
- Œdèmes d'origine rénale (liés à une insuffisance rénale sévère).
- Fièvre (au-dessus de 38°C) ou états inflammatoires aigus.
- Maladies cutanées infectieuses ou inflammatoires graves (eczéma aigu, psoriasis non stabilisé, abcès, plaies ouvertes, herpès, etc.).
- Hypertension artérielle non contrôlée, même sous traitement.

Contre-indications relatives (nécessitant un avis médical préalable)

- Grossesse (en particulier au premier trimestre ou en cas de complications).
- Diabète sévère avec complications (neuropathies, plaies, etc.).
- Syndrome d'insuffisance veineuse sévère.
- Hyperthyroïdie ou autres troubles hormonaux graves.
- Asthme non stabilisé ou autres maladies respiratoires chroniques (comme la BPCO).
- Allergies ou hypersensibilités cutanées au toucher ou aux produits utilisés lors de la séance.
- Hématomes récents, fractures ou blessures non cicatrisées.
- Chirurgies récentes sans autorisation médicale.
- Maladies auto-immunes actives ou non stabilisées.
- Antécédents de maladies cardiovasculaires, y compris les troubles du rythme cardiaque.

Cette liste n'est pas exhaustive. En cas de doute, je m'engage à consulter un médecin avant de procéder à toute séance de drainage lymphatique.

Informations sur les possibles effets secondaires

Je reconnais avoir été informé(e) que suite à une séance de drainage lymphatique, certains effets secondaires peuvent survenir, notamment :

- L'apparition de bleus (ecchymoses) localisés, notamment en raison de la fragilité capillaire ou d'une sensibilité accrue de ma peau.
- Une légère fatigue ou une sensation de somnolence, due à l'activation du système lymphatique.

- Une augmentation temporaire de la fréquence urinaire.
- Des douleurs similaires à des courbatures, particulièrement dans les zones travaillées, causées par la mobilisation des tissus et l'élimination des toxines.
- Une sensation de tension ou de gêne passagère dans certaines zones sensibles.

Je comprends que ces effets secondaires sont généralement transitoires et sans gravité. En cas de doute ou de réaction anormale, je m'engage à consulter un professionnel de santé.

Consentement pour l'utilisation des photographies

Je consens à ce que des photographies soient prises avant et après mes séances, dans un cadre strictement professionnel.

Ces photographies seront utilisées dans les conditions suivantes :

- Usage autorisé : Publications professionnelles ou commerciales (site internet, réseaux sociaux, supports publicitaires) pour démontrer les résultats des soins.
- Garantie d'anonymat : Mon visage, mes caractéristiques personnelles ou tout élément permettant de m'identifier ne seront pas divulgués, sauf consentement écrit supplémentaire de ma part.

Je peux à tout moment retirer mon consentement pour l'utilisation future de ces images en informant le praticien par écrit.

Déclaration de la cliente

Je déclare :

- Avoir pris connaissance de ces informations, des contre-indications et des effets secondaires possibles.
- Comprendre que le drainage lymphatique manuel ne remplace pas un traitement ou un avis médical.
- Autoriser ou refuser l'utilisation des photographies prises lors de mes séances, en cochant la case appropriée :
- J'autorise l'utilisation des photographies dans les conditions mentionnées ci-dessus.
- Je n'autorise pas l'utilisation des photographies.

Consentement éclairé et clause de responsabilité

Conformément à l'article L1111-4 du Code de la santé publique, je consens librement et en pleine connaissance de cause à recevoir un drainage lymphatique manuel. Je dégage le praticien de toute responsabilité en cas d'aggravation de mon état de santé lié à une omission ou dissimulation de ma part concernant mes antécédents médicaux ou ma condition actuelle.

Date et Signature de la cliente :

(Précédée de la mention "Lu et approuvé")

