

Nom : Prénom :



DISPOSITIF DE MASSAGE PHOTOPNEUMATIQUE,
LED INFRAROUGES, ULTRasons
ET RADIOFRÉQUENCE TOROÏDALE

► INFORMATIONS CLIENTS

Date : Date de naissance :
Adresse : Téléphone :
Code Postal : Email :
Ville :

Comment avez-vous connu notre centre ?

- Site Internet
- Ami(e) / Famille
- Pub / Presse
- Autre
- Réseaux sociaux
- Parrainage
- Passage Boutique

Avez vous déjà pratiqué des méthodes de soins pour le corps appareillés ? Oui Non

Si oui, remplissez le tableau :

Zone				
Technologie / Technique				
Date				
Satisfaction résultat				



BILAN DE SANTÉ

1. Indice de masse corporelle (IMC)

Taille : cm

Poids : kg

IMC (kg/m²) :

Exemple (60 kg / 1,70x1,70) = 20,76

IMC	Interprétation (d'après l'OMS)
Moins de 18.50	Insuffisance pondérale (maigreur)
18.50 à 25	Corpulence normale
25 à 30	Surpoids
30 à 35	Obésité modérée
35 à 40	Obésité sévère
Plus de 40	Obésité morbide ou massive

2. Habitudes alimentaires

Mangez-vous de façon équilibrée ?

- Oui, de manière saine et équilibrée
 Je m'autorise quelques écarts
 Non, je fais peu attention à mon alimentation

Avez-vous suivi des régimes alimentaires ?

Oui Non

Si oui, lesquels ?

Quand ?

Dans la journée, vous buvez le plus souvent :

- Eau Café
 Thé Jus de fruits ou sodas

Combien de repas faites-vous par jour ?

3. Activité physique

Pratiquez-vous une activité physique régulière ?

Oui Non

Combien d'heures par semaine ?

4. Grossesse et contraception

Type de contraception :

Nombre de grossesses :

De quand date la dernière ?

Application de produits cosmétiques pour le corps :

Oui Non

Si oui, lesquels ?

INFORMATIONS DE CONTRE-INDICATIONS

CONTRE INDICATIONS GÉNÉRALES

Grossesse / Allaitement
Blessures, inflammation
Phlébite
Hypertension non normalisée
Cancer / VIH

CONTRE INDICATIONS AU PALPER ROULER

Inflammation des ganglions, fièvre
Ulcères gastriques
Thrombose
Ulcères duodénaux
Insuffisance cardiaque
Varices saillantes

CONTRE INDICATIONS AUX ULTRASONS ET RADIOFRÉQUENCE

Stimulateur cardiaque
Prothèse osseuse
Calculs rénaux ou biliaires
Insuffisance surrénale
Varices saillantes

LA CELLULITE

La cellulite ou lipodystrophie est définie comme un déséquilibre entre la lipogenèse (formation et accumulation de tissus gras) et la lipolyse (élimination des tissus gras).

Ce déséquilibre engendre une hypertrophie des adipocytes causant le gonflement des cellules adipeuses dans le derme, ce qui produit l'apparence typique de la cellulite peau d'orange, capitonage, nodules et ondulations.

La rétention d'eau dans les interstices entre les tissus, le blocage lymphatique et la pression accrue sur le système veineux résultent d'amas d'adipocytes, qui affectent l'apparence de la peau.

Ce sont surtout les régions des hanches, des cuisses, des fesses et parfois des bras et de l'abdomen qui sont affectées.

LA TECHNIQUE WAVE 7



Le massage photopneumatique : améliore la circulation et détend le tissu conjonctif entourant les dépôts gras qui causent le capitonage de la peau.



Les infrarouges : réchauffent la peau en profondeur, la rendant plus malléable et réceptive aux technologies.



Les ultrasons : dispersent la chaleur dans les couches adipeuses, ce qui stimule la lipolyse.



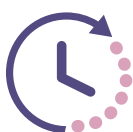
La radiofréquence toroïdale : entreprend le remodelage du collagène et améliore la texture de la peau.

L'évacuation des graisses est stimulée, la circulation sanguine et lymphatique activées, le tissu dermique renforcé.

► POUR OBTENIR DES RÉSULTATS DURABLES, IL EST RECOMMANDÉ :

- D'avoir une alimentation équilibrée et de pratiquer du sport au moins 2,5 h par semaine.
OMS = 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue)
- De réaliser un massage quotidien à l'aide d'un loofa ou d'un gant de friction aidera à stimuler la circulation sanguine et lymphatique entre les traitements.

► PROGRAMME DES SOINS :



1 SOIN



RÉSULTAT



FRÉQUENCE



ENTRETIEN

MASSAGE PHOTOPNEUMATIQUE +
INFRAROUGES: **10 À 30 MIN ***

ULTRASONS: **5 À 20 MIN ***

RADIOFRÉQUENCE: **5 À 20 MIN ***

À PARTIR DE 6 SOINS *

2 SOINS PAR SEMAINE

1 SOIN PAR MOIS
POUR LIMITER LA RÉAPPARITION
DE LA CELLULITE

* Selon la zone à traiter

* Selon le stade de cellulite

Un nombre de séances de soin et un programme sont recommandés selon le stade de cellulite et la zone à traiter.

PASSAGE EN CABINE

FICHE D'OBSERVATION

▶ ÉVALUATION DU STADE DE CELLULITE

	STADE 1	STADE 2	STADE 3	STADE 4
Bras				
Abdomen				
Cuisses + fessier				
Genoux				
Mollets				

▶ ÉVALUATION CORPORELLE

				Aspect		Site
				Localisé	Diffus	
Type de Cellulite	Adipeuse	Aqueuse	Fibreuse			
Aspect Cellulite	Peau d'orange	Capitons	Dépôts graisseux			
Circulation sanguine et lymphatique	Jambes lourdes	Oedèmes	Varices et capillaires			
Qualité des tissus	Manque de fermeté	Vergetures récentes	Vergetures anciennes			
Coloration cutanée	Marbrée	Points blancs	Normale			

OBJECTIFS PERSONNELS

.....

.....

.....

ZONES RETENUES POUR UN PROTOCOLE DE SOINS WAVE 7

ZONE 1 : ZONE 2 : ZONE 3 :

ZONE 4 : ZONE 5 : ZONE 6 :

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

POUR LA TECHNIQUE

- ▶ Pendant le soin, le Lumicell Wave 7 combine l'énergie de la lumière infrarouge avec un massage avec aspiration sous cutanée en profondeur. La lumière infrarouge stimule la circulation sanguine et lymphatique, réchauffe les couches de peau les plus profondes et augmente la lipolyse tandis que le massage avec aspiration sous cutanée en profondeur assouplit les adhésions fibreuses qui causent la cellulite. L'application des ultrasons intervient alors pour augmenter l'élimination des graisses et pour travailler sur l'aspect de capitonnage de la peau. Le traitement peut alterner la séquence ultrasons (ou la remplacer) avec une application de radiofréquence non invasive qui stimule la production de collagène et redonne à la peau son élasticité.
- ▶ Je certifie que je ne présente aucune des contre-indications suivantes : grossesse, allaitement, blessure, inflammation, phlébite, hypertension non normalisée, cancer, VIH, inflammation des ganglions, fièvre, ulcères gastriques, thrombose, ulcères duodénaux, insuffisance cardiaque, stimulateur cardiaque, prothèse osseuse, calculs rénaux ou biliaires, insuffisance surrénale ou varices saillantes.
- ▶ Je comprends que les résultats d'un traitement de la cellulite dépendent en grande partie des taux de métabolisme individuels, et que la vitesse à laquelle les résultats sont atteints ainsi que le résultat final ne peuvent jamais être prédits avec exactitude. Je sais que le nombre de traitements requis est toujours approximatif et susceptible d'être révisé.
- ▶ Je comprends qu'il est important :
 - d'adopter de saines habitudes alimentaires qui ne visent pas nécessairement la perte de poids, mais qui mèneront un équilibre nutritionnel favorable à éliminer plusieurs facteurs causant la cellulite,
 - de suivre un programme d'activité physique adapté à mes besoins personnels qui augmentera les chances de succès de mes soins tout en étant bénéfique pour ma santé et mon bien être.
- ▶ Je comprends qu'un massage quotidien à l'aide d'un loofa ou d'un gant de friction aidera à stimuler la circulation sanguine et lymphatique entre les soins.
- ▶ Je comprends qu'il est très important de me présenter aux rendez vous régulièrement si je désire obtenir les meilleurs résultats possibles.
- ▶ J'atteste qu'il n'y a aucune garantie comme quoi les résultats seront à la hauteur de mes attentes, et que le maintien pour conserver de bons résultats dépend de mon assiduité, étant donné que la cellulite est une affection chronique qui peut revenir avec de mauvaises habitudes alimentaires et un style de vie inadéquat.
- ▶ J'ai lu toutes les explications et les recommandations ci-dessus et je comprends les avantages et les limites du soin. J'accepte de suivre les recommandations qui me seront données par mon thérapeute ou mon esthéticienne. En apposant ma signature, j'affirme avoir lu et compris les déclarations ci-dessus et consens à recevoir des soins avec la technique Wave 7.

Je soussigné(e),....., autorise le professionnel ou un membre de son personnel qui a été formé à la technique **WAVE 7** à pratiquer sur moi des soins de cette technique.

À Le / /

Nom du client

Signature :

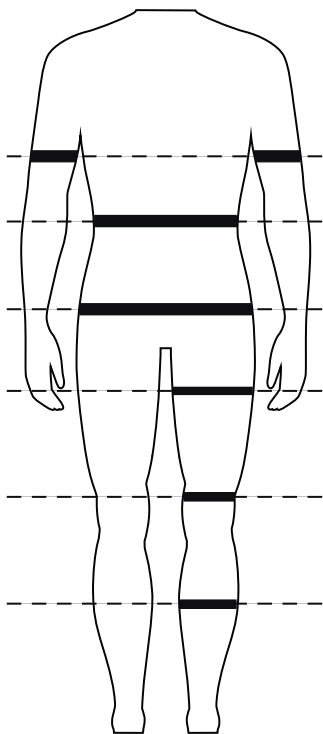
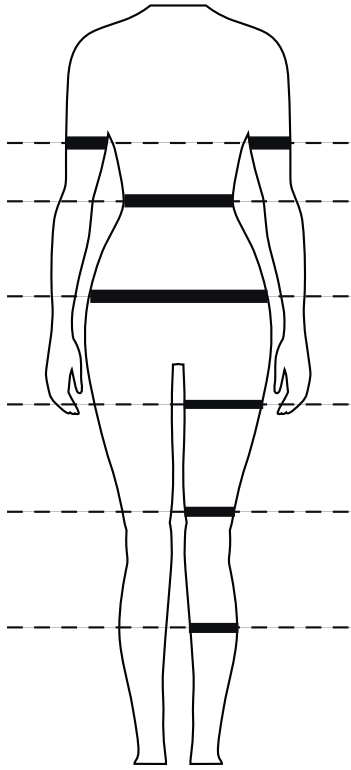
Je soussigné(e),..... certifie avoir informé mon client de tous les aspects de la technique **WAVE 7**. Je m'engage à vérifier avant chaque séance les contres indications de mon client afin d'assurer le bon déroulement du protocole de soin.

Nom du praticien

Signature :

SUIVI CLIENT

MESURES DES SITES ANATOMIQUES & PHOTOS - en pré-traitement



	Séance 1	Séance 3	Séance 6	Séance 12
Date				
Poids	Kg	Kg	Kg	Kg
Bras G	cm	cm	cm	cm
Bras D	cm	cm	cm	cm
Taille	cm	cm	cm	cm
Hanche	cm	cm	cm	cm
Cuisse G	cm	cm	cm	cm
Cuisse D	cm	cm	cm	cm
Genou G	cm	cm	cm	cm
Genou D	cm	cm	cm	cm
Mollet G	cm	cm	cm	cm
Mollet D	cm	cm	cm	cm

REMARQUES

SUIVI CLIENT

PROGRAMME LUMICELL WAVE 7 ■ **MODE PRO** ■ **MODE PRO +** ■ **MODE MANUEL**

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pré Lipo (PRO +) | <input type="checkbox"/> Drainage 1 (PRO +) | <input type="checkbox"/> Post Natal (PRO +) | <input type="checkbox"/> Récupération (PRO +) |
| <input type="checkbox"/> Post Lipo (PRO +) | <input type="checkbox"/> Drainage 2 (PRO +) | <input type="checkbox"/> Post Cool (PRO +) | <input type="checkbox"/> Vergetures (PRO +) |

Séances	Date	Zone(s)	Massage Photopneumatique			Ultrasons		Radiofréquence toroïdale
			Stade	Intensité	Infrarouges	Niveau en %		Niveau (100 à 300)
1		<input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Cuisses + Fessier <input type="checkbox"/> Genoux <input type="checkbox"/> Mollets			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%		
2		<input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Cuisses + Fessier <input type="checkbox"/> Genoux <input type="checkbox"/> Mollets			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%		
3		<input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Cuisses + Fessier <input type="checkbox"/> Genoux <input type="checkbox"/> Mollets			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%		
4		<input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Cuisses + Fessier <input type="checkbox"/> Genoux <input type="checkbox"/> Mollets			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%		
5		<input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Cuisses + Fessier <input type="checkbox"/> Genoux <input type="checkbox"/> Mollets			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%		
6		<input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Cuisses + Fessier <input type="checkbox"/> Genoux <input type="checkbox"/> Mollets			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%		
7		<input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Cuisses + Fessier <input type="checkbox"/> Genoux <input type="checkbox"/> Mollets			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%		
8		<input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Cuisses + Fessier <input type="checkbox"/> Genoux <input type="checkbox"/> Mollets			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%		
9		<input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Cuisses + Fessier <input type="checkbox"/> Genoux <input type="checkbox"/> Mollets			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%		
10		<input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Cuisses + Fessier <input type="checkbox"/> Genoux <input type="checkbox"/> Mollets			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%		

REMARQUES

SUIVI CLIENT

PROGRAMME LUMICELL WAVE 7 ■ **MODE PRO** ■ **MODE PRO +** ■ **MODE MANUEL**

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pré Lipo (PRO +) | <input type="checkbox"/> Drainage 1 (PRO +) | <input type="checkbox"/> Post Natal (PRO +) | <input type="checkbox"/> Récupération (PRO +) |
| <input type="checkbox"/> Post Lipo (PRO +) | <input type="checkbox"/> Drainage 2 (PRO +) | <input type="checkbox"/> Post Cool (PRO +) | <input type="checkbox"/> Vergetures (PRO +) |

Séances	Date	Zone(s)	Massage Photopneumatique			Ultrasons		Radiofréquence toroïdale
			Stade	Intensité	Infrarouges	Niveau en %		Niveau (100 à 300)
11		<input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Cuisses + Fessier <input type="checkbox"/> Genoux <input type="checkbox"/> Mollets			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%		
12		<input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Cuisses + Fessier <input type="checkbox"/> Genoux <input type="checkbox"/> Mollets			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%		
13		<input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Cuisses + Fessier <input type="checkbox"/> Genoux <input type="checkbox"/> Mollets			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%		
14		<input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Cuisses + Fessier <input type="checkbox"/> Genoux <input type="checkbox"/> Mollets			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%		
15		<input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Cuisses + Fessier <input type="checkbox"/> Genoux <input type="checkbox"/> Mollets			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%		
16		<input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Cuisses + Fessier <input type="checkbox"/> Genoux <input type="checkbox"/> Mollets			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%		
17		<input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Cuisses + Fessier <input type="checkbox"/> Genoux <input type="checkbox"/> Mollets			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%		
18		<input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Cuisses + Fessier <input type="checkbox"/> Genoux <input type="checkbox"/> Mollets			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%		
19		<input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Cuisses + Fessier <input type="checkbox"/> Genoux <input type="checkbox"/> Mollets			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%		
20		<input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Cuisses + Fessier <input type="checkbox"/> Genoux <input type="checkbox"/> Mollets			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%		

REMARQUES

code: 422166



7 612007 305205