

Consentement Cupping et Gua Sha

Consentement éclairé pour les traitements de cupping et Gua Sha avec attentes concernant les ecchymoses

Informations du Client

Prénom *

Nom de Famille *

Adresse E-mail *

Numéro de Téléphone *

Date de Naissance *

JJ / MM / AAAA

Détails du Traitement

Traitement(s) Demandé(s) *

- ☐ Cupping Sec (stationnaire) ☐ Cupping Glissant / Massage ☐ Cupping au Feu
☐ Gua Sha

Zones de Traitement *

- ☐ Haut du Dos / Épaules ☐ Bas du Dos ☐ Cou
☐ Jambes ☐ Bras ☐ Visage (cupping doux/Gua Sha)

Raison du Traitement *

Dépistage de Santé

Êtes-vous actuellement enceinte ? *

- ☐ Oui ☐ Non

Prenez-vous des anticoagulants ? *

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous l'une des conditions suivantes dans la zone de traitement ?

- ☐ Coup de Soleil ☐ Plaies ouvertes ou peau abîmée
☐ Infection cutanée active ou éruption ☐ Varices
☐ Aucune de ces conditions

Avez-vous un trouble de la coagulation ? *

- ☐ Oui ☐ Non

Risques et Attentes

Important — Les Ecchymoses Sont Attendues :

Le cupping et le Gua Sha créent intentionnellement des marques sur la peau. C'est une partie normale du traitement.

À Quoi S'Attendre :

- Les marques de cupping apparaissent comme des décolorations circulaires allant du rose clair au violet foncé
- Les marques de Gua Sha apparaissent comme des pétéchies rouges et striées (petits points)
- Les marques durent généralement 3 à 10 jours selon l'individu et l'intensité de la succion
- Les marques plus sombres indiquent plus de stagnation/tension dans la zone
- Les marques NE SONT PAS des blessures — ce sont des réponses thérapeutiques

Risques Potentiels :

- Ecchymoses et décoloration de la peau (attendues)
- Léger inconfort pendant le traitement
- Cloques (rares, si la succion est trop forte)
- Vertiges
- Brûlures (rares, avec le cupping au feu)
- Aggravation temporaire des symptômes

Soins Après Traitement :

- Gardez les zones de cupping couvertes et chaudes pendant 24 heures
- Buvez beaucoup d'eau après le traitement
- Évitez l'exposition au froid, la baignade et l'exercice intense pendant 24 heures
- Ne pratiquez pas le cupping sur la même zone tant que les marques ne sont pas complètement disparues

Je comprends que le cupping et le Gua Sha laisseront des marques visibles (ecchymoses, décoloration) qui sont une partie normale du traitement et disparaîtront en 3 à 10 jours.

Je comprends que le cupping/Gua Sha laissera des marques visibles: _____

J'ai été informé des risques et des effets attendus de la thérapie par cupping/Gua Sha.

Je comprends les risques décrits ci-dessus: _____

Notes de Traitement

Réservé à l'usage du cabinet

	Date	Zone	Type de Ventouse	Durée
Entrée 1				
Entrée 2				
Entrée 3				
Entrée 4				
Entrée 5				
Entrée 6				

Consentement et Signature

Je consens à la thérapie par cupping et/ou Gua Sha tel que décrit. Je comprends que les marques visibles sont attendues et ne constituent pas une blessure. J'ai divulgué toutes mes conditions de santé et j'exonère le praticien de toute responsabilité.

Je confirme que j'ai lu et compris les informations ci-dessus et je donne mon consentement éclairé.

J'ai lu et je comprends les informations ci-dessus: _____

Signature

Date

Nom en lettres majuscules

Date *

JJ / MM / AAAA

Ce formulaire a été fourni gratuitement par Consentify

Consentify transforme des formulaires comme celui-ci en consentement numérique que vos clients signent sur leur propre téléphone via code QR — avec génération automatique de PDF, détection des contre-indications et stockage sécurisé. Plan gratuit disponible sur <https://getconsentify.com>.

Modèle uniquement. Consultez votre professionnel agréé ou un conseiller juridique avant utilisation ; les exigences varient selon la juridiction et la pratique.