



RENFORCEMENT MUSCULAIRE & ÉLIMINATION
DES AMATS GRAISSEUX LOCALISÉS

FICHE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Information

Nouvelle technologie haut de gamme de renforcement musculaire qui envoie des ondes électromagnétiques focalisées de haute intensité.

Certaines précautions sont à prendre avant une 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 indication :

- Maladie cardio-vasculaire
- Hypertension artérielle
- Problèmes de thyroïde
- Tumeur ou cancer
- Maladie rénale et de la vessie
- Règles, grossesse, allaitement
- Epilepsy ou fatigue musculaire
- Implants métalliques ou électroniques, stérilet (anneau contraceptif métallique, stimulateur cardiaque..)
- Trouble thrombo-embolique constitué (phlébite)
- Maladie cérébrovasculaire (AVC) ou lésion cérébrale
- Intervention chirurgicale de moins de six mois
- Implants fessier

| | | | |
|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |

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

Je soussigné.e certifie avoir lu les informations concernant la BODYFAST et avoir répondu sincèrement au questionnaire ci-dessus. Je m'engage à respecter les consignes de l'opérateur et à signaler tout nouveau problème médical avant chaque séance.

Date :

Signature :