

1. INFORMATION ET CONSENTEMENT

Traitement TESLA Former à base de technologie FMS (Functional Magnetic Stimulation)

INSTRUCTIONS

Ceci est un document de consentement éclairé qui a été préparé pour vous aider à vous informer sur la FMS ((Functional Magnetic Stimulation ou stimulation magnétique fonctionnelle), ses risques et les traitements alternatifs. Il est important que vous lisiez ces informations attentivement et complètement.

INTRODUCTION

Le corps humain est un bon milieu conducteur et est également magnétiquement perméable. TESLA Former est le dispositif de musculation le plus concentré, le plus ciblé et le plus efficace du marché actuellement. Il utilise un champ magnétique qui se propage à travers les vêtements et la peau à l'intérieur de votre corps. Il agit en déclenchant des motoneurones et en excitant les contractions musculaires. Cela vous donne l'impression d'un entraînement de haute intensité. C'est un traitement non invasif qui ne nécessite aucun temps d'arrêt.

Le dispositif Tesla Former a été développé par Iskra Medical pour renforcer les muscles en utilisant la technologie spéciale FMS - la stimulation magnétique fonctionnelle. La FMS est un moyen efficace de construire des muscles et de modeler le corps. Le traitement FMS augmente la force et l'endurance des muscles ciblés, augmentant ainsi le besoin d'énergie.

Par rapport à la stimulation électrique, les champs magnétiques permettent une pénétration plus profonde dans un tissu biologique hétérogène et ne nécessitent pas de contact cutané. Le FMS ne stimule pas les nerfs douloureux à la surface de la peau et est donc plus agréable que la stimulation électrique classique. Il crée des champs magnétiques profonds dans le corps et stimule ainsi les muscles qui ne peuvent pas être atteints par une stimulation électrique. Les changements rapides de l'intensité du champ magnétique induisent un courant électrique dans le neurone.

Ce principe sur lequel FMS a été conçu s'appelle induction électromagnétique. Une fois que le courant atteint une certaine valeur, un potentiel d'action neuronal est atteint. Cela provoque la dépolarisation de la cellule neuronale, ce qui conduit finalement à une contraction musculaire complète.

Le traitement peut être utilisé avec des combinaisons alternatives, telles que radiofréquence, cryo. Le TESLA Former ne doit pas être utilisé sur des patients porteurs d'implants ferromagnétiques à proximité du point de traitement.

CONTRE INDICATIONS

J'ai bien compris quelles sont les contre-indications à l'utilisation du TESLA Former et qu'elles incluent: grossesse, endométriose, implants en métal ferromagnétique, stimulateurs cardiaques, pompes à médicaments, prothèses auditives, affections pulmonaires actives, arythmies cardiaques, maladies inflammatoires, cancer, épilepsie, déchirure musculaire et plaies ouvertes.

EFFETS INDESIRABLES POSSIBLES

Je suis conscient des effets secondaires possibles tels que rougeur temporaire, gonflement, douleur pendant quelques jours après la procédure. Tous ces effets sont temporaires et disparaîtront de quelques heures à quelques jours après la procédure. Il n'y a pas d'effets secondaires graves connus dans la littérature étant donné que les contre-indications ont été suivies. Les effets m'ont tous été expliqués en détail.

RESULTATS ATTENDUS

Je comprends que les effets cliniques du TESLA Former diffèrent selon la structure du tissu, le domaine d'application, l'âge, le métabolisme, l'utilisation de médicaments et les modifications hormonales. Je comprends les causes qui affectent le résultat du traitement et qu'il pourrait être nécessaire de répéter le traitement plusieurs fois pour obtenir les résultats souhaités.

Je comprends également que la plupart des patients obtiennent les résultats souhaités et que, malgré tout, rien ne garantit que le traitement fonctionne pour tous les patients ou que les résultats soient permanents. Parce que le traitement repose sur la capacité naturelle du corps à garder un résultat et que leur persistance variera en fonction de cette capacité.

Ayant connaissance de ce qui précède, j'ai choisi de recevoir un traitement TESLA Former non invasif.

J'ai lu et compris cet accord et toutes mes questions ont été traitées et j'ai eu les réponses et elles me satisfont. J'accepte les termes de cet accord.

Signature du client: _____

Date: _____

2. QUESTIONNAIRE SANTE

Traitement TESLA Former

INFORMATIONS

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____ Ville _____

Téléphone _____ e-mail _____

Date de naissance ____/____/____ Sexe ☐ M ☐ F ☐ ND Taille (cm) _____ Poids (kg) _____

HISTORIQUE MEDICAL DU CLIENT

Veuillez placer une croix dans la colonne Passé ou Présent selon le cas. Si l'état l'est actuellement, cochez la colonne Présent et indiquer le problème dans la colonne Nature de l'affection!

| Passé | Présent | Etat/ Affection | Nature de l'affection | Passé | Présent | Etat/ Affection | Nature de l'affection |
|--------------------------|--------------------------|---|-----------------------|--------------------------|--------------------------|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Grossesse | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | VIH/SIDA | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cancer | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problèmes Neurologiques | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Plaies ouvertes | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problèmes sanguins | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Maladies de la peau | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Epilepsie | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Troubles du tissu conjonctif | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Troubles psychiatriques | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chirurgie | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pompe à médicaments | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Maladies cardiaques | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fièvre | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Implants électroniques (Stimulateurs cardiaques, défibrillateurs ...) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hémorragies, Traitements anticoagulants | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Implants métalliques | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hernie | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Allergies | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Troubles Immunitaires | |

ALLERGIES A DES MEDICAMENTS

MEDICAMENTS ACTUELS

Indiquez tous les médicaments sur ordonnance et en vente libre que vous prenez (par exemple, les anticoagulants, l'aspirine, etc.)!

Signature du client: _____ Date: _____

Commentaires additionnel : _____

Signature du responsable du centre: _____ Date: _____