

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ MICRONEEDLING

Je soussigné(e) M./Mme _____ né(e) le
 ____/____/____, domicilié(e)
 _____ et titulaire de la
 carte d'identité numéro _____

DÉCLARE les points suivants ;

J'AUTORISE le Dr _____, titulaire de la licence numéro
 _____, à appliquer le traitement suivant sur moi
 _____.

DESCRIPTION BRÈVE DU TRAITEMENT PAR MICRONEEDLING

Le microneedling est une procédure médico-esthétique qui consiste à réaliser de multiples perforations de la peau avec un dispositif médical muni de micro-aiguilles stériles dans le but de faciliter la pénétration de substances actives.

Le produit qui sera utilisé porte la référence _____ sous le numéro d'enregistrement _____.

Le traitement vise à améliorer _____ et il sera appliqué dans la zone de _____.

RISQUES INHÉRENTS AU PATIENT ET À SA SITUATION PERSONNELLE

JE CONFIRME, concernant le traitement mentionné, qu'un médecin m'a expliqué dans le détail et en utilisant des termes que je comprends, les risques les plus fréquents inhérents au traitement, les effets indésirables, les risques pour mon corps, ainsi que les sensations de gêne ou, parfois, de douleur que je pourrais ressentir après le traitement.

J'ACCEPTE que les risques et complications décrits par la science médicale comme inhérents à ce traitement puissent se produire. D'autres risques importants m'ont été exposés, entre autres des contusions, rougeurs, inflammations ou gonflements, réactions allergiques ou autres, qui disparaissent généralement rapidement sans besoin de traitement supplémentaire.

CONTRE-INDICATIONS

Grossesse, allaitement, maladies cutanées actives, infection locale, traitement facial antérieur (au cours des 6 mois précédents).

AVERTISSEMENTS

Au cours de la semaine qui précède le traitement, il convient de ne pas prendre d'aspirine ou tout autre dérivé, et au cours de la semaine qui suit le traitement, il convient de ne pas faire de sport, de ne pas aller au sauna ni à la piscine.

EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES

- Risques et complications courants liés à toute procédure esthétique : réactions allergiques à la substance active (généralement légères et qui disparaissent avec un traitement médical approprié voire sans traitement spécifique), contusion, œdème ou gonflement qui disparaît généralement rapidement sans besoin de traitement spécifique.

- Risques et complications spécifiques rares liés à ce traitement, qui m'ont été exposés et que j'assume et accepte : hématome, rougeur, décoloration et lésions acnéiformes au niveau de la zone traitée.

De plus, j'ai également été informé(e) des aspects suivants :

JE RECONNAIS qu'au cours du traitement, des circonstances imprévues peuvent survenir, nécessitant de modifier ce qui était prévu. J'accepte donc expressément ce traitement, ainsi que les procédures telles que les biopsies, radiographies, etc. En cas de complications pendant le traitement, j'autorise la clinique à demander l'aide nécessaire à d'autres spécialistes selon leur meilleur jugement professionnel.

JE COMPRENDS que le but du traitement est d'améliorer mon apparence avec le risque que certaines imperfections persistent et que le résultat ne soit pas celui escompté. À cet effet, je suis informé(e) du fait que le résultat cosmétique du traitement repose sur des facteurs individuels. Je sais que la médecine n'est pas une science exacte et que personne ne peut garantir la perfection absolue. Je comprends que le résultat peut ne pas être celui escompté pour moi et je reconnais que l'on ne peut absolument pas me donner cette garantie.

J'AI ÉTÉ INFORMÉ(E) du fait que le nombre de séances et/ou la quantité de produit qui m'ont été indiqués sont donnés à titre indicatif car il est impossible de déterminer exactement la quantité de produit ou le nombre de séances de traitement nécessaires pour chaque cas, étant donné les différentes caractéristiques des patients.

JE M'ENGAGE à suivre exactement et au mieux de mes capacités les instructions du médecin avant, pendant et après le traitement susmentionné. Il est de ma responsabilité de respecter les mesures post-opératoires recommandées par la clinique.

JE CONFIRME ne pas avoir omis ni modifié les données relatives à mes antécédents cliniques et chirurgicaux, en particulier en ce qui concerne les allergies, maladies ou risques personnels.

JE DONNE MON AUTORISATION pour que les photographies des zones traitées puissent être utilisées à des fins scientifiques, par des professeurs ou des médecins, étant entendu que leur utilisation ne constitue pas une violation de mon droit au respect de la vie privée et de la confidentialité.

JE SAIS et JE DONNE MON AUTORISATION pour que mes données soient traitées de manière automatique, à condition que mes droits m'aient été exposés, en vertu de la loi en vigueur sur la protection des données officielle (DPA).

J'AI ÉTÉ INFORMÉ(E) de mes droits de refuser le traitement ou de révoquer ce consentement éclairé.

Toutes mes questions portant sur les points susmentionnés ont été clarifiées et J'AI totalement COMPRIS ce consentement éclairé, et chacun de ses points, et en signant ce document, SUR TOUTES SES PAGES, je ratifie et consens à l'application de ce traitement.

À _____ le _____ 2 _____

Le médecin

Le patient

Le représentant légal