



.....
(Prénom et nom du patient)

.....
(Date de naissance)

.....
(Numéro de téléphone portable)

CONSENTEMENT DU PATIENT À UN TRAITEMENT DE MÉDECINE PLASTIQUE ET ESTHÉTIQUE

.....
(Type de traitement prévu)

1. Réduction des coussins de graisse de la joue, Bichectomie
2. Liposuccion du double menton, amincir l'ovale du visage
3. Chirurgie du cou (platysoplastie, plastie du muscle digastrique)
4. L'affaissement des joues, fils tenseurs BARB 4D
5. Modelage du menton, implants anatomiques du menton
6. Volumétrie visage, lèvres, mains, seins acide hyaluronique
7. Greffes de tissu adipeux, lipofilling, lipotransfer
8. Plasma sanguin et fibrine riche en plaquettes PRP, i-PRF
9. Mésothérapie radiofréquence à micro aiguilles, Cellular Matrix
10. Rides d'expression, sudation excessive Botox
11. L'électrostimulation reduction de la graisse viscéral
12. Laser picoseconde détatouage: tatouages et maquillage permanent
13. Laser anti-angiomes, couperoses, erythrozes, télangiectasie
14. Rajeunissement au Laser non-ablatif, amélioration de la couleur, de la tension et de la densité de la peau, réduction des rides
15. HIFU - levage lépaississement de la peau
16. Laser ablatif CO2, resurfaçage nouvelle peau
17. Peeling médical chimique de la peau
18. Gouttes, perfusions intraveineuses, thérapie nutritionnelle iV, vitamines, minéraux, acides-amines

Je, soussigné·e, déclare que j'ai été, d'une manière qui m'est compréhensible, informé·e:

- des possibles effets indésirables ou complications dus au traitement mentionné plus haut,
- des contre-indications à la réalisation d'un tel traitement,
- de la technique et du déroulement du traitement,
- des résultats pouvant être obtenus dans mon cas,
- de la procédure à suivre après la réalisation du traitement,
- de la durée effective du résultat obtenu,
- de la quantité minimale de séances de traitement indispensable pour obtenir les effets envisagés,
- des méthodes alternatives du traitement (y compris l'abandon du traitement) et des traitements alternatifs.

..... signature

Je suis conscient·e que le résultat pouvant être obtenu du traitement, le délai de cicatrisation et l'efficacité d'une éventuelle thérapie reposent strictement sur l'aspect individuel de chaque cas et dépendent de nombreux facteurs dont, entre autres, l'état de santé, l'âge, la réaction individuelle de la peau et de l'organisme entier aux médicaments administrés et de la méthode de traitement employée.

..... signature

(tourne la page)

Je suis conscient·e que l'apparition de conséquences et complications typiques négatives, dont j'ai été informé·e avant la réalisation du traitement, ne m'autorisent pas à réclamation, puisque, ayant donné des informations complètes aux questions qui m'ont été posées lors de l'entretien, ayant aussi reçu des informations complètes qui ont été communiquées d'une manière qui m'est compréhensible à propos du traitement et de ses effets indésirables, ainsi qu'étant en mesure de décider librement, j'assume un tel risque. Je suis également conscient·e que le motif de réclamation ne peut pas être la divergence entre le résultat, dont les domaine et type ont été strictement définis avant la mise en œuvre du traitement, et mes attentes.

..... signature

Je déclare que j'ai eu la possibilité de poser au médecin les questions sur le traitement envisagé, les possibles complications, le risque de complications, le traitement ultérieur, les recommandations après traitement; quant aux réponses, elles m'étaient compréhensibles et m'ont été données de façon exhaustive.

..... signature

Je déclare que le contenu du consentement m'a été soumis avant la mise en œuvre du traitement et que le délai qui s'est écoulé entre la remise du contenu du consentement et la réalisation du traitement était entièrement suffisant.

..... signature

Je déclare que j'ai pris connaissance du contenu ci-dessus, y compris des informations, qui m'ont été remises sous forme écrite, à propos du traitement envisagé, constituant la pièce jointe à la présente déclaration, et j'exprime mon accord en toute conscience à la réalisation du traitement.

..... date et signature lisible

J'exprime mon accord à ce que me soient administrés les anesthésiques proposés. Je comprends que toutes les formes d'anesthésies comportent le risque de complications, y compris le décès.

..... date et signature lisible

Signature et cachet du médecin effectuant la procédure: