

CONSENTEMENT ECLAIRE

J'ai répondu franchement à toutes les questions qui m'ont été posées concernant mes antécédents médicaux et esthétiques.

L'utilisation des produits de comblement en fonction des indications m'a été expliquée.

J'ai été précisément informé(e) que :

- Le traitement se fait par de multiples injections intradermiques qui peuvent être légèrement douloureuses
- Quelques réactions de caractère inflammatoire liées à une injection peuvent se produire telles qu'un gonflement, une rougeur, une légère douleur, une démangeaison ou une sensibilité sur la zone d'injection. Ces réactions peuvent durer une semaine.
- Des hématomes, indurations ou nodules peuvent apparaître au point d'injection, peuvent durer une semaine.
- Dans de rares cas, une coloration ou une décoloration de la zone ont été observées
- La persistance des réactions inflammatoires au-delà d'une semaine ou l'apparition d'autres effets secondaires doit être signalée au praticien dans les meilleurs délais, qui mettra en place un traitement approprié.

Les produits utilisés sont des gels d'acide hyaluronique homogène et bio-résorbable d'origine non-animale. Ces produits sont injectés en intradermique pour le traitement des dépressions cutanées (rides et sillons marqués) et/ou des lèvres. L'effet esthétique peut persister de 6 à 12 mois en moyenne. La tenue dans le temps dépend du type et de l'état de la peau, de la zone traitée, de la quantité injectée, de la technique d'injection, et du mode de vie du patient (hygiène, tabagisme, exposition au soleil).

Je donne mon consentement éclairé, consécutivement à toutes les informations, indications, contre-indications qui m'ont été exposées.

Je confirme que le \MOI-MEME\, qui utilise les produits (**acide hyaluronique**) à des fins de traitement esthétique, m'a fourni les informations nécessaires à la compréhension de l'utilisation du produit conformément aux indications approuvées. J'ai été informé(e) des contre-indications et des effets indésirables potentiels du produit. J'ai pu poser les questions que je souhaitais et les réponses ont été claires.

J'ai été correctement informé et j'accepte le traitement

J'autorise la prise de clichés avant et après le traitement, sachant que ces clichés ne pourront être utilisés qu'à titre d'information dans mon dossier médical ou de manière anonyme dans des publications pédagogiques/scientifiques.

Fait à VENDEVILLE LE \DATE\

Signature du patient \NOM\PRENOM\

Signature du \MOI-MEME\

précédé de la mention "Lu et Approuvé"