

DOCTEUR _____

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

TÉLÉPHONE _____

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR LES INJECTABLES FILMED ART FILLER®, NCTF®, M-HA 18®

LE PRÉSENT DOCUMENT EST REMIS À :

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : / /

ADRESSE :

TÉLÉPHONE :

En cas de consentement, sur le plan du traitement proposé, les injections seront réalisées personnellement par le Docteur , inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins sous le numéro et est garanti en responsabilité civile professionnelle pour des actes de médecine esthétique.

S'agissant d'un acte à visée esthétique, aucune prise en charge par l'Assurance Maladie ne peut avoir lieu, y compris pour un arrêt éventuel d'activité.

L'utilisation, les indications, les contre-indications et potentiels effets indésirables des injections d'acide hyaluronique ART FILLER®, de traitement de mésothérapie par NCTF® ou hydratation profonde par M-HA 18® m'ont été expliqués. J'ai répondu en toute sincérité à l'ensemble des questions qui m'ont été posées concernant mes antécédents médicaux et esthétiques. J'ai pu poser toutes les questions que je souhaitais et des réponses satisfaisantes m'ont été apportées.

J'ai bien noté que pour toutes les injections :

- Des réactions inflammatoires telles que rougeurs, oedèmes, échymoses, hématomes, démangeaisons ou douleurs à la pression peuvent survenir après l'injection et durer de quelques heures à une dizaine de jours.

En cas d'injection de produits de comblement :

- Les lèvres sont une zone particulièrement sensible et sujette aux oedèmes de courte durée.
- De rares cas d'indurations ou nodules, de coloration de la zone d'injection, de nécrose, d'abcès, de granulome et d'hypersensibilité ont été décrits dans la littérature.

Ces réactions peuvent persister une semaine ; au-delà l'apparition de tout autre effet secondaire doit être signalée dans les meilleurs délais. Le Docteur ayant réalisé l'acte vous proposera un traitement approprié, pouvant nécessiter un traitement de plusieurs semaines.

Le médecin vous a communiqué toutes les informations sur les éventuels aléas relatifs à ce type d'intervention, les effets secondaires possibles, les inconvénients mineurs, et tous les risques connus inhérents à cet acte médical. Si un quelconque de ces points reste incompris, vous devez lui en faire part. En signant ce document, vous reconnaissez avoir arrêté votre choix en étant pleinement informé(e).

Fait le : / /

Signature du médecin

« Je soussigné(e) , déclare avoir pris connaissance et parfaitement compris les informations communiquées sur les injections réalisées à des fins esthétiques, et accepte expressément et sans réserve, après réflexion, à ce que le Docteur réalise de telles injections sur ma personne. Je m'engage à suivre dans les suites toutes les recommandations et prescriptions du Docteur ».

Fait à

Signature (précédée de la mention « lu, compris et approuvé »)

Le / /