

Dermapen

CONSENTEMENT ECLAIRE PATIENT(E)

Le présent document est remis à

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Date de naissance : Téléphone :

1. Introduction

L'information contenue dans ce document vous permet de vous rendre compte de ce que représente la technique de microneedling Dermapen.

Cette information vous permettra de donner votre consentement en toute connaissance de cause. Notre médecin est bien évidemment disposé à répondre à toutes vos questions se rapportant à cette technique.

2. Nature et déroulement de l'intervention

Le microneedling consiste à faire des microperforations de la peau afin de faire pénétrer des actifs en profondeur.

Cette technique donne à la peau la possibilité de faire plus d'efforts pour combattre le problème cutané lui-même, au lieu de tout dommage collatéral causé par le traitement.

Je comprends que le traitement sur le visage et le corps a pour but d'améliorer entre autres la qualité de la peau, l'élasticité, les signes de vieillissement cutané. Je comprends que selon la qualité de la peau et la zone spécifique du corps ou du visage à traiter, une série de traitement est à prévoir selon l'indication.

3. Effets secondaires

Bien qu'il soit impossible de lister tous les risques potentiels et complications, j'ai été informé des risques et complications possibles, qui peuvent inclure, mais ne sont pas limités à, ce qui suit :

- picotements, démangeaisons, irritation
- rougeur et gonflement de la peau
- tiraillement, desquamation ou croûtage de la peau traitée et des zones environnantes
- sensibilité cutanée prolongée au vent et à ces éléments environnementaux
- période de sécheresse de la peau, de démangeaisons ou d'irritation possible ; ma peau peut paraître plus âgée pendant la phase de renouvellement cutané.

4. Indications post-traitement

Je suis bien conscient(e) que je ne dois pas m'exposer au soleil dans les heures qui suivent le traitement.

Un traitement à faire à domicile peut être conseillé par notre médecin esthétique, celui-ci devra être respecté consciencieusement afin d'avoir le résultat souhaité.

5. Consentement

Je déclare avoir pris connaissance et parfaitement compris les informations qui m'ont été communiquées par mon médecin esthétique sur le microneedling Dermapen.

Je n'ai plus de question concernant ce traitement.

Je confirme avoir complété honnêtement et remis à mon médecin esthétique le questionnaire médical lié à ce soin.

J'accepte expressément et sans réserve après réflexion qu'il réalise un traitement de microneedling avec le Dermapen sur ma personne et m'engage à suivre toutes les recommandations et prescriptions de mon médecin esthétique.

Signature du patient précédée de la mention « lu et approuvé ».

Merci pour votre confiance.

Fait en double exemplaire à Waremme.