

# MORPHEUS 8

## CONSENTEMENT ECLAIRE PATIENT(E)

Je soussigné(e)

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Date de naissance : ..... Téléphone : .....

comprends que ce formulaire est destiné à vous fournir les informations nécessaires pour faire un choix éclairé de suivre ou non un traitement avec la technologie MORPHEUS8.

Si vous avez des questions avant votre traitement, n'hésitez pas à nous en faire part.

### 1. Le traitement

La technologie MORPHEUS8 combine le microneedling et la radiofréquence fractionnée (RF) indiquée pour le visage, le cou, la poitrine et le dos des mains, ainsi que pour les petites zones du corps.

Le traitement MORPHEUS8 induit une ablation, améliorant ainsi l'apparence de la texture rugueuse, des ridules, des rides et des cicatrices déprimées, telles que les cicatrices d'acné ainsi que les pigments superficiels qui seront supprimés.

Le traitement induit également un rajeunissement de la peau par chauffage du derme qui stimule la génération et la reconstitution du collagène, ainsi que la fermeture des capillaires sanguins fins superficiels.

Le traitement nécessite une anesthésie qui implique une crème topique, des injections ou une sédation selon les paramètres de traitement et la discrétion du médecin.

### 2. Les indications

- Corriger le relâchement cutané
- Traiter les vergetures
- Eliminer la cellulite et l'effet peau d'orange
- Traiter l'acné active
- Traiter les cicatrices d'acné
- Tonifier la peau qui a perdu de son élasticité
- Lisser les cicatrices hypertrophiées et chéloïdes
- Traitement des rides
- Corriger les irrégularités de la peau de façon générale

### 3. Les contre-indications

- Grossesse ou allaitante
- Inflammation de la zone à traiter
- Pacemaker
- Plaques métalliques de la zone à traiter

#### 4. Les effets secondaires possibles

- Douleur locale
- Rougeur de la peau (érythème)
- Gonflement (œdème)
- Altération de la texture naturelle de la peau (croûte, cloque, brûlure)
- Changement de pigmentation de la peau (hyper ou hypopigmentation)

Bien que ces effets soient rares et que l'on s'attende à ce qu'ils soient temporaires, la rougeur et l'enflure peuvent durer jusqu'à 3 semaines et font partie d'une réaction normale au traitement.

Les brûlures et les changements de pigmentation et les cicatrices qui en résultent sont rares et peuvent survenir sur une peau foncée qui n'est pas soignée conformément aux instructions.

De minuscules croûtes apparaissent sur le visage pendant quelques jours dans le cadre d'une cicatrisation normale, cependant un maquillage peut être appliqué dès 1 à 3 jours après la séance pour les masquer et les rougeurs résiduelles.

**Tout effet indésirable doit être signalé immédiatement.**

#### 5. Acceptation du traitement

- Je comprends que le traitement comporte quelques séances (2-4 séances), espacées de quelques semaines (3-6 semaines), selon les paramètres de traitement et la réponse individuelle.
- Je comprends que **je dois me conformer au programme de traitement**, sinon les résultats pourraient être compromis.
- Je reconnais qu'au cours de la procédure, des conditions imprévues peuvent nécessiter des procédures différentes de celles ci-dessus et j'autorise le médecin ou les assistants à effectuer ces autres procédures s'ils les trouvent plus appropriées.
- Je comprends que tout le monde n'est pas candidat à ce traitement et que les résultats peuvent varier. Par conséquent, il n'y a aucune garantie quant aux résultats qui peuvent être obtenus.
- Je reconnais avoir reçu un devis clair du coût de cet acte et je l'accepte. Les procédures à utiliser pour effectuer cet acte m'ont été expliquées.
- J'ai eu suffisamment d'occasions de discuter de mon état et de mon traitement. Je pense avoir les connaissances adéquates sur lesquelles fonder un consentement éclairé.
- Toutes les questions que j'ai pu poser ont reçu une réponse satisfaisante.
- J'autorise avant, pendant et après la/les procédure(s) la prise de photographies qui pourront être utilisées à des fins de suivi.
- Je consens à ce que le médecin du Centre MEDED ou un de ses assistants formé à cette technique procède au traitement MORPHEUS8 sur la (les) zone(s)
- Je comprends que suivre le cours de traitement est mon choix et que je suis libre de me retirer à tout moment, sans donner de raison.
- Je confirme avoir pris connaissance des tous les effets secondaires possibles.
- Le médecin a obtenu mes antécédents médicaux et m'a trouvé admissible à un traitement.

Fait à Waremme le : .....

Nom et Prénom

Signature

Merci pour votre confiance.