

Mésothérapie

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 mésothérapie.

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

Cette technique consiste à injecter superficiellement un complexe multivitaminé directement avec une seringue ou à l'aide d'un pistolet de mésothérapie.

Il est en général conseillé de faire 2 séances à une semaine d'intervalle puis tous les 15 jours pendant 3 mois. Une séance d'entretien tous les trimestres est également conseillée pour prolonger l'efficacité du traitement.

3. Effets secondaires

Les complications en mésothérapie sont rares, cependant certains effets secondaires éventuels sont à prendre en compte :

- Inconfort dû aux aiguilles (de courte durée)
- Ecchymoses dues à l'érosion d'un petit vaisseau
- Œdème et rougeur
- Réactions allergiques
- Hyperpigmentation et hématomes

Dans des cas très rares, il est également possible d'avoir :

- Une infection
- Une cicatrice

Je soussigné(e)..... déclare avoir pris connaissance et parfaitement compris les informations qui m'ont été communiquées par mon médecin esthétique sur la mésothérapie.

Je confirme avoir complété 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 mésothérapie 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 Waremmes.