

# PLASMA IQ

## CONSENTEMENT ECLAIRÉ PATIENT(E)

Le présent document est remis à

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....  
.....

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

LES QUESTIONS EN **ROUGE** CONCERNENT DES CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES POUR LE TRAITEMENT AU PLASMA IQ

Suivez-vous actuellement un traitement médical ? \_\_\_\_\_ Oui / Non

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Êtes-vous allergique à une quelconque substance ? \_\_\_\_\_ Oui / Non

Latex, lidocaïne, pommades, autres ? Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

Souffrez-vous d'urticaire ? \_\_\_\_\_ Oui / Non      Souffrez-vous de démangeaisons ? \_\_\_\_\_ Oui / Non

Avez-vous particulièrement tendance à saigner ? \_\_\_\_\_ Oui / Non

Avez-vous déjà fait un malaise ou perdu connaissance ? \_\_\_\_\_ Oui / Non

Avez-vous un pacemaker ? \_\_\_\_\_ Oui / Non

Avez-vous une des contre-indications suivantes ?

<b>Cancer</b>	Oui / Non	<b>Troubles de la circulation sanguine (hémophilie)</b>	Oui / Non
<b>Maladies cardiaques (stimulateur cardiaque)</b>	Oui / Non	<b>Maladies cardiovasculaires (hypertension, hypotension, évanouissement, suffocations)</b>	Oui / Non
<b>Troubles de la coagulation sanguine</b>	Oui / Non	<b>Troubles du métabolisme (diabète)</b>	Oui / Non
<b>Grossesse</b>	Oui / Non	<b>Autres (implants métalliques)</b>	Oui / Non

Avez-vous une des contre-indications suivantes ?

Hépatite infectieuse	A – B – C / Non	SIDA / VIH	Oui / Non
Tuberculose	Oui / Non	IST	Oui / Non
Maladies de la peau	Oui / Non	Maladies psychosomatiques	Oui / Non
Maladies oculaires	Oui / Non	Troubles thyroïdiens	Oui / Non
Herpès	Oui / Non	Maladies du système nerveux	Oui / Non

Avez-vous déjà pris ces médicaments : **Tétracycline, isotrétinoïne (ACCUTANE, IZOTEK)** ? \_\_\_\_ Oui / Non

Si oui, date de la dernière prise : \_\_\_\_\_

Prenez-vous fluidifiant du sang type aspirine ou kardegic ou des anticoagulants ? \_\_\_\_\_ Oui / Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Prenez-vous des vitamines / herbes médicinales ou compléments alimentaires ? \_\_\_\_\_ Oui / Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà eu une inflammation ou une infection virale / bactérienne au niveau de la zone de traitement ? \_\_\_\_\_ Oui / Non

Avez-vous des **problèmes de guérison et de cicatrisation** ? \_\_\_\_\_ Oui / Non

Avez-vous déjà subi un autre traitement de la même zone au cours de ces 7 derniers jours ? \_ Oui / Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

**Etes-vous enceinte** ? \_\_\_\_\_ Oui / Non

**Allaitez-vous** ? \_\_\_\_\_ Oui / Non

1. J'atteste avoir plus de 18 ans et j'accepte sciemment et de ma propre volonté de subir un traitement à l'aide de la technologie Plasma IQ.
2. J'ai été pleinement informé(e) :
  - des contre-indications de traitement (se référer aux contre-indications listées ci-dessus);
  - de la technologie et de la méthode de traitement;
  - de l'origine et du fonctionnement des produits et appareils qui seront utilisés dans le cadre du traitement;
  - des effets indésirables qui peuvent apparaître pendant et après le traitement (après l'intervention chirurgicale, plusieurs effets secondaires peuvent survenir, notamment : gonflement du site traité, déchirure et rougeur des zones cutanées situées à proximité du site traité.) ;
  - de la période estimée avant de constater les résultats du traitement;
  - du nombre approximatif de traitements nécessaires afin d'atteindre et de conserver les effets désirés.
3. J'ai été informé(e) du nombre de traitement et du fait que leurs effets sont différents selon les patients et dépendent :
  - du nombre de traitements - du niveau d'irrégularité de la peau - de l'âge du patient - des affections cutanées - du tabagisme
  - des antécédents médicaux et médicamenteux
4. J'ai été informé(e) des cas dans lesquels il est impossible d'atteindre les résultats désirés et j'accepte ce risque.
5. J'ai obtenu des informations complètes sur les conséquences et complications éventuelles qui pourraient découler de ce traitement.
6. J'ai eu la possibilité de poser mes questions et d'obtenir des réponses. J'accepte le risque lié au traitement.
7. J'ai reçu des recommandations et des conseils concernant les soins à réaliser à la suite du traitement, je me suis renseigné(e) sur ceux-ci et je m'engage à les réaliser.
8. Les informations fournies par la personne en charge du traitement étaient complètes et fiables et je les ai parfaitement comprises.
9. J'accepte d'être photographié(e) afin de produire les documents qui accompagneront la fiche patient.
10. En cas de symptômes inquiétants, je contacterai le médecin en charge du traitement ou son assistant(e).
11. Je suis conscient(e) des différences entre les résultats attendus et obtenus dans une mesure qui m'a été indiquée et au sujet desquelles je ne pourrai demander de dédommagements.
12. Un temps de réflexion m'a été accordé avant la signature du formulaire de consentement.

JE DÉCLARE AVOIR PRIS CONNAISSANCE DU TEXTE PRÉCÉDENT ET JE DONNE PAR LA PRÉSENTE MON CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ À LA PROCÉDURE

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_