

CONSENTEMENT ECLAIRE LOKTAL

ZONES DE TRAITEMENT : _____

Je soussigné(e), Nom du Patient.....Prénom.....,

autorise le Docteur Frédérique ROGISSART

À utiliser le système Radio Fréquence fractionnée FRAXX afin de réaliser un traitement d'ablation des **cicatrices, des ridules, des taches pigmentaires ainsi qu'une amélioration de l'aspect cutané (teint, grain de peau) et un effet tenseur**, et à effectuer toute autre prescription médicale postérieure et antérieure au traitement qui puisse s'avérer nécessaire au bon déroulement de celui-ci.

Je comprends que la pièce à main de la Radio Fréquence fractionnée FRAXX est un appareil conçu pour la technique d'ablation de la peau et que le résultat clinique peut varier selon les différents types de peaux. J'ai conscience qu'il peut exister des effets secondaires à court terme comme des rougissements, des croûtes (du 3eme au 7eme jour) des hématomes provisoires et une hyperpigmentation temporaire de la peau, ainsi que des manifestations rares telles que des cicatrices. Ces effets m'ont été clairement expliqués.

La durée du soin est de 15 à 60 minutes selon la surface de peau à traiter.

Les résultats cliniques peuvent varier en fonction de facteurs individuels - antécédents médicaux, problèmes de texture ou de type de peau, hygiène quotidienne, exercice sportif, le respect des consignes avant et après le traitement par le patient ainsi que la réponse individuelle au traitement. Une protection solaire est nécessaire pendant 3 mois - FPS 50 -

J'ai compris que le traitement avec l'équipement de la Radio Fréquence fractionnée FRAXX requiert plusieurs séances et qu'il nécessite un entretien. On m'a aussi clairement expliqué le mode de paiement de ces séances.

Rajeunissement cutané : 4 à 6 séances soit à 1 mois d'intervalle (effets secondaires visibles 3 ou 4 jours).

Cicatrices 1 séance tous les 15 jours jusqu'à l'obtention d'une franche amélioration.

Vergetures : 1 séance tous les 15 jours jusqu'à l'obtention d'une franche amélioration.

Je certifie que j'ai été informé(e) de façon exhaustive de la nature et de l'objectif du traitement, des résultats à espérer ainsi que des possibles complications. Je comprends qu'on ne peut offrir de garantie quant au résultat final. Je suis conscient(e) que mon problème est d'ordre esthétique et que la décision d'intervenir provient exclusivement de mon souhait personnel.

Je confirme que je ne suis pas enceinte, que je n'ai pas pris de Roaccutane au cours des six derniers mois, ou de traitements photo sensibilisant ces dernier 15 jours et pendant toute la durée du traitement. Il n'y aura pas d'exposition au soleil pendant toute la durée du traitement. Je ne porte pas de pacemakers ni de défibrillateurs internes et que je ne suis pas enceinte. J'ai communiqué l'ensemble de mes antécédents médicaux à mon médecin et j'ai été clairement informé de ce que je dois faire et ne pas faire avant, pendant et après les séances de traitement.

Je consens à être photographié(e) et j'autorise l'utilisation anonyme de mes photographies dans un but exclusivement médical. OUI NON

Je reconnais avoir eu pleinement l'opportunité de poser toutes les questions que j'avais concernant le traitement et j'ai compris l'intégralité de ce consentement éclairé.

Date et signature du patient