

Bénéficiaire de l'acte :

CONSENTEMENT MUTUEL ECLAIRE CONCERNANT LE PHOTORAJEUNISSEMENT

Description du traitement :

Un traitement approprié pour le photo rajeunissement est le traitement par laser 1320 /1440nm avec le système Affirm de la société Cynosure. L'objectif général est de fournir un traitement satisfaisant pour :

La réduction ou l'élimination des ridules et le relissage cutané :

Zones:

.....

Procédure :

Un bilan clinique et un examen de votre peau seront réalisés.

Un mois avant le traitement, il ne faut plus s'exposer au soleil, aux UV dans les cabines de bronzage et aux crèmes autos bronzantes : vous ne pouvez pas être traité si vous êtes bronzés.

Si vous avez des antécédents d'herpès, un traitement pour réduire le risque de « crise herpétique » sera prescrit pour une semaine. Vous devez être totalement démaquillé, et n'avoir aucune crème ou produits sur la zone à traiter.

Lors du traitement vous serez équipés avec des coques pour protéger les yeux d'une exposition accidentelle aux rayonnements laser.

Le traitement laser n'est pas à proprement parlé douloureux, vous ressentirez une légère sensation de piqûre, puis un échauffement du type « coup de soleil » pendant quelques heures. Une rougeur cutanée sur la zone, maquillable, sera présente durant 24 à 48 heures.

Après le traitement une pommade hydratante sera appliquée sur la zone. Une protection solaire totale est nécessaire durant 15 jours.

Le nombre de séances et leur durée seront déterminés par le médecin lors de la consultation initiale :

Dans votre cas, le protocole nécessite séances espacées de 4 semaines.

Le montant des honoraires par séance est de

Je certifie que j'ai lu et compris toutes les informations qui m'ont été présentées durant la consultation initiale, avant de signer le document de consentement mutuel. J'ai eu l'opportunité de poser toutes les questions, et les réponses m'ont été apportées.

Aussi j'autorise le Dr..... à réaliser le protocole de traitement.

Date :.....

Nom du patient

Dr.....

« Lu et approuvé »

DEVIS

NOM :

PRENOM :

NE(e) le :

ADRESSE :

LIEU INTERVENTION :

CLMO Lyon Ouest – CLMO Lyon Est – CLMO du Pays d’Aix - CLMO de Saint Etienne

TYPE LASER :

ZONES A TRAITER	PRIX/SEANCE

Nombres de séances :

Il s’agit d’un acte esthétique, les examens, l’intervention, les prescriptions, l’éventuel arrêt de travail ne pourra être pris en charge par l’assurance maladie.

Je reconnais avoir reçu de la part du Dr toutes les informations nécessaires à ma décision.

J’ai reçu les informations objectivant les différents stades d’évolution après le traitement, dont certains éléments peuvent varier en fonction de mon cas particulier, ou de l’évolution des techniques. Les incidents ou complications éventuels m’ont été exposés.

Les photographies prises lors des consultations pourront être utilisées dans des congrès ou pour des publications d’ordre scientifique.

D’un commun accord, il est convenu que doit être respecté un délai minimum de 15 jours entre la remise de ce document et l’intervention éventuelle. C’est un délai de réflexion avant toute décision, pour le praticien comme pour la personne examinée. Ce délai peut toutefois être réduit à 7 jours, à la demande expresse du patient, qui devra mentionner lui-même et de manière manuscrite et signée, cette demande sur le présent devis.

Un consentement mutuel éclairé concernant le traitement vous a été remis ce jour.

Devis établi en double exemplaires le : – Validité 6 mois.

Signature du médecin :

Signature du patient : (précédée de « devis reçu avant l’exécution de la prestation de service »)

Acceptation du devis signé par le patient :

Signature (précédée « devis accepté après réflexion »).