

CLAUSE DE NON RESPONSABILITÉ : Cet exemple de formulaire de consentement a un objectif informatif uniquement et n'est pas conçu pour donner des conseils juridiques ou médicaux. Cynosure, Inc. ne fait aucune représentation, garantie, expresse ou tacite ni n'assume la responsabilité de l'exactitude, l'exhaustivité ou l'utilité du contenu de cet exemple de formulaire. Pour obtenir un avis juridique sur la question, veuillez consulter votre avocat.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Le SculpSure™ distribue de l'énergie laser pour chauffer la couche adipeuse profonde. La chaleur créée endommage les cellules adipeuses. Les cellules adipeuses endommagées sont alors éliminées par le corps à travers le système lymphatique.

Lors de la distribution du laser, les applicateurs refroidissent la peau pendant tout le traitement. Le refroidissement protège votre peau alors que l'énergie chauffe votre couche adipeuse. Lorsque le traitement commence, vous ressentirez une sensation de chaleur et au fur et à mesure, la sensation de chaleur augmentera pour se transformer en courtes périodes de chaleur profonde intense. Il est possible que vous ressentiez également des crampes, des picotements, des fourmillements ou des pincements profondément dans la couche adipeuse. Ces sensations sont normales et prévisibles. Ces sensations indiquent que le laser cible et endommage efficacement la couche adipeuse.

- Le SculpSure est inoffensif pour les yeux. Il n'est pas nécessaire de porter des lunettes protectrices.
- Il est possible que votre peau soit légèrement rose ou rouge juste après le traitement. Cela pourra durer quelques heures.
- Après le traitement SculpSure, il est possible que vous constatiez un gonflement, une sensibilité, des indurations ou un durcissement au niveau du site de traitement. Cela disparaît généralement en 2 semaines mais il est possible que cela dure plus longtemps.
- Il convient de masser les zones traitées deux (2) fois par jour pendant cinq à dix (5-10) minutes. Suite à votre traitement SculpSure, aucune restriction dans votre mode de vie n'est à prévoir. Il est recommandé de boire davantage d'eau suite au traitement.
- Vous pouvez utiliser des poches de glace ou prendre du paracétamol en respectant la posologie, pour soulager la sensibilité.
- J'ai été informé(e) entièrement et de manière exhaustive du déroulement de la procédure. Je comprends que la pratique de la médecine n'est pas une science exacte et qu'aucun résultat ne peut être garanti. Je comprends que les résultats ne seront peut-être pas à la hauteur de mes attentes. Je certifie qu'aucune garantie ne m'a été donnée par qui que ce soit en ce qui concerne la(les) procédure(s) que j'ai demandée(s) et autorisée(s).
- Il n'est pas garanti que les résultats attendus ou anticipés soient atteints.

On m'a informé du fait qu'une induration, des nodules, une rougeur, une sensibilité, un gonflement, une douleur et un hématome constituent les effets secondaires les plus courants. On note parmi d'autres effets secondaires moins courants qui peuvent survenir, des démangeaisons, des irrégularités du contour de la peau, des capitons, une hyperpigmentation/hypopigmentation, une asymétrie, une nécrose, un changement de laxité cutanée, un engourdissement, des ampoules ou une brûlure. Oui Non

Je confirme que je ne me suis pas exposé(e) au soleil au cours des 7 derniers jours. Oui Non

J'autorise la prise de photographies et d'images numériques qui seront utilisées pour évaluer l'efficacité du traitement et exploitées à des fins d'enseignement médical, de formation, de publication professionnelle ou d'exploitation commerciale. Aucune photographie ou image numérique qui révèle mon identité ne sera utilisée sans mon consentement écrit. Si mon identité n'est pas révélée, ces photographies et images numériques peuvent être utilisées, partagées et affichées publiquement dans les objectifs cités sans ma permission. Oui Non

J'ai lu et compris toutes les informations qui m'ont été présentées avant de consentir au traitement. On a répondu à toutes mes questions.

Je consens au traitement de _____

Client(e): _____ Date _____

Témoin: _____ Date _____