

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AU TRAITEMENT

La procédure CoolSculpting® peut utiliser un applicateur-ventouse non invasif pour aspirer le tissu ou un applicateur non invasif posé sur la peau pour administrer un refroidissement sous contrôle à la surface de l'épiderme. Cette procédure est destinée à une élimination des graisses de façon localisée. Il ne s'agit pas d'une solution d'amaigrissement et cela ne remplace pas les méthodes traditionnelles comme la liposuction. Une personne présentant des amas graisseux peu importants peut s'attendre à constater des signes d'amélioration plus visibles qu'une personne en surpoids. D'après les études cliniques, la procédure CoolSculpting élimine naturellement les cellules adipeuses. Cependant, comme pour la plupart des procédures, les résultats visibles varient d'une personne à l'autre. Paraphe : _____

Les effets auxquels vous pouvez vous attendre :

- » La pression d'aspiration exercée par un applicateur-ventouse peut provoquer des sensations de tiraillements et de pincements intenses. Un applicateur posé sur la surface de l'épiderme peut entraîner des sensations de pression. Vous pouvez éprouver des picotements, des fourmillements, des douleurs ou des crampes intenses au début du traitement. En règle générale, ces sensations diminuent au fur et à mesure de l'engourdissement de la zone. Paraphe : _____
- » La zone traitée peut paraître ou sembler raide après la procédure et une blancheur passagère (blanchiment temporaire de l'épiderme) peut survenir. Il se peut que vous éprouviez des nausées ou des vertiges, tandis que votre corps se réchauffe naturellement et que vous retrouvez des sensations au niveau de la zone traitée. Ce sont des réactions normales, qui se dissipent habituellement très peu de temps après. Paraphe : _____
- » Des hématomes, des gonflements et une sensibilité peuvent se produire sur la zone traitée, qui peut présenter une rougeur pendant quelques heures après le retrait de l'applicateur. Paraphe : _____
- » Il se peut que vous éprouviez un engourdissement de vos sensations dans la zone traitée, qui peut persister pendant plusieurs semaines après votre procédure. D'autres changements, y compris de vives démangeaisons, des fourmillements, un engourdissement, une sensibilité au toucher, une souffrance au niveau de la zone traitée, de fortes crampes, des spasmes musculaires, des douleurs et/ou un endolorissement, ont également été signalés après une procédure CoolSculpting. Paraphe : _____
- » Les expériences des patients diffèrent. Chez certains patients, les manifestations mentionnées précédemment peuvent se développer tardivement. Contactez-nous immédiatement si des effets secondaires inhabituels surviennent ou si les symptômes s'aggravent au fil du temps. Paraphe : _____
- » Une transformation peut se manifester dès les trois premières semaines suivant votre procédure CoolSculpting, mais les résultats les plus spectaculaires apparaîtront au bout d'un à trois mois. Votre corps continuera de se débarrasser naturellement des cellules adipeuses visées pendant environ quatre mois après la procédure. Paraphe : _____
- » Il se peut que vous déterminiez la nécessité de traitements supplémentaires pour atteindre le résultat que vous souhaitez. Paraphe : _____
- » Dans de rares cas, les patients ont ressenti les symptômes d'un malaise vagal pendant le traitement et ont signalé une brûlure liée au froid, un brunissement cutané, une sécheresse, de discrets nodules ou un élargissement des tissus de la zone traitée. Une intervention chirurgicale peut être nécessaire pour remédier à l'élargissement des tissus. Le traitement peut entraîner la formation ou l'aggravation d'une hernie, ce qui pourra nécessiter une réparation chirurgicale. Je comprends que ces manifestations et d'autres effets secondaires inconnus peuvent survenir. Paraphe : _____



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AU TRAITEMENT

Souffrez de l'un des troubles suivants ou présentez-vous l'une des caractéristiques décrites ci-après :

- » Cryoglobulinémie ou hémoglobinurie froide paroxystique Oui/Non
- » Sensibilité connue au froid comme l'urticaire au froid ou la maladie de Raynaud Oui/Non
- » Troubles de la circulation périphérique dans la zone devant être traitée Oui/Non
- » Troubles névropathiques comme une névralgie post-herpétique ou une neuropathie diabétique Oui/Non
- » Troubles de la sensibilité de l'épiderme Oui/Non
- » Plaies ouvertes ou infectées Oui/Non
- » Problèmes de coagulation ou utilisation concomitante d'agents anticoagulants Oui/Non
- » Intervention chirurgicale récente ou tissu cicatriciel dans la zone devant être traitée Oui/Non
- » Hernie ou antécédents de hernie dans la zone devant être traitée ou adjacente au site de traitement Oui/Non
- » Affections cutanées comme l'eczéma, une dermatite ou des éruptions Oui/Non
- » Grossesse ou allaitement Oui/Non
- » Un dispositif actif implanté comme un stimulateur cardiaque ou un défibrillateur Oui/Non

Des photographies seront recueillies pour les dossiers médicaux. Si les photographies sont utilisées à des fins de formation ou de marketing, toutes les signes d'identification seront masqués ou retirés. Paraphe : _____

Comme dans la plupart des procédures médicales, il existe des risques et des effets secondaires. Ceux-ci m'ont été expliqués en détail. J'ai lu les informations ci-dessus et je donne mon consentement afin de bénéficier du traitement proposé par la procédure CoolSculpting®, dispensée par le docteur [insérer le nom du médecin] et par son personnel désigné.

Nom en caractères d'imprimerie : _____ Signature : _____ Date : _____

Témoïn : _____ Date : _____