

HARMONIE DU VISAGE

CABINET ORL ESTHÉTIQUE • ROCHEFORT

DOCUMENT D'INFORMATION & DE CONSENTEMENT

SKINBOOSTERS ET HYDRATATION PROFONDE

Nom, prénom du patient : ..... **Date de naissance :** .....

Médecin réalisant l'acte : ..... **Date de la consultation :** .....

Information et droit de retrait : Conformément aux articles L.1111-2 et L.1111-4 du Code de la santé publique et aux recommandations de la Haute Autorité de Santé, une information claire, loyale et appropriée vous a été délivrée oralement lors de la consultation, puis remise par écrit. Un délai de réflexion vous est laissé entre la consultation d'information et la réalisation de l'acte. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment, sans justification et sans conséquence sur la qualité de votre suivi.

1. NATURE DE L'ACTE

Les skinboosters et les traitements d'hydratation profonde consistent en de multiples micro-injections intradermiques d'acide hyaluronique non réticulé ou faiblement réticulé, éventuellement associé à des vitamines et antioxydants. L'objectif est l'amélioration de la qualité de peau : hydratation, éclat, souplesse.

2. DÉROULEMENT ET PROTOCOLE

Après désinfection et application éventuelle d'une crème anesthésiante, les micro-injections sont réparties sur la zone (visage, cou, décolleté, dos des mains). Le protocole comporte habituellement deux à trois séances espacées de trois à quatre semaines, puis un entretien semestriel.

3. SUITES HABITUELLES

- Papules d'injection visibles de quelques heures à quarante-huit heures.
- Rougeur, léger œdème, sensibilité.
- Ecchymoses ponctuelles possibles.

4. RISQUES ET COMPLICATIONS

Sont possibles, de façon rare : infection locale, réaction inflammatoire prolongée, nodule transitoire, réaction d'hypersensibilité, hyperpigmentation post-inflammatoire sur peau pigmentée. Une exposition solaire directe est à éviter pendant une semaine.

5. CONTRE-INDICATIONS

- Grossesse et allaitement.
- Infection cutanée active, herpès en poussée, acné inflammatoire sur la zone.
- Maladie auto-immune évolutive, immunodépression.
- Hypersensibilité connue à l'acide hyaluronique ou aux composants de la formulation.
- Traitement anticoagulant ou antiagrégant (évaluation médicale nécessaire), âge inférieur à 18 ans.

6. ALTERNATIVES

Soins cosmétiques adaptés, photoprotection, peelings superficiels ou abstention constituent des alternatives.

7. DEVIS, ABSENCE DE PRISE EN CHARGE

Un devis détaillé et daté vous a été remis (article L.6322-2 du Code de la santé publique pour les actes à visée esthétique). Ces actes ne font l'objet d'aucune prise en charge par l'Assurance Maladie ni par votre mutuelle. Aucune photographie de type « avant / après » n'est utilisée à des fins de promotion.

8. DONNÉES PERSONNELLES

Les données recueillies sont traitées pour les seuls besoins de votre prise en charge, conservées dans votre dossier médical et accessibles aux seuls médecins du cabinet. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition (RGPD, articles 15 à 21).

CONSENTEMENT

Je déclare avoir reçu une information complète sur la nature de l'acte proposé, ses objectifs, ses alternatives, ses suites habituelles, ses risques et ses limites. J'ai pu poser toutes mes questions et j'ai obtenu des réponses compréhensibles. J'ai bénéficié d'un délai de réflexion. Je donne librement mon consentement à la réalisation de cet acte.

Signature du patient

Fait à Rochefort, le : .....

(précédée de la mention « lu et approuvé »)

Signature du médecin

Cabinet ORL Esthétique Rochefort

Cachet / Tampon du médecin