

CABINET DE MEDECINE MORPHO ESTHETIQUE DES PYRAMIDES

Dr Frédéric Georget

Diplômé de Médecine Morphologique et Anti Âge
Diplôme Européen de LASER médicaux

Formulaire de consentement éclairé pour pose de fils tenseurs

Nom :
Date de naissance :

Prénom :

Adresse :
Ville :

Code postal :
Téléphone :

Antécédents médicaux :

Êtes-vous enceinte ? OUI - NON - DOUTE
Allaitiez-vous ? OUI - NON

Lesquels ?
.....
.....
.....

Avez-vous subi dans les six derniers mois :

- une extraction dentaire : OUI - NON
- une intervention chirurgicale : OUI - NON
laquelle :

Présentez vous une maladie évolutive : OUI - NON
Laquelle :

Êtes-vous allergique : OUI - NON
si oui : à quel(s) produit(s) :

Êtes-vous diabétique ? OUI - NON

Prenez vous des médicaments ? OUI - NON
Si oui, quels médicaments :
.....
.....

Votre peau :

Avez-vous déjà eu un Herpès (bouton de fièvre)
OUI - NON

Présentez vous une maladie cutanée ?
OUI - NON

Présentez vous une maladie cutanée de type lichen
plan, maladie de Darier, vitiligo, psoriasis, ... ?

OUI - NON
Avez-vous déjà présenté une cicatrice chéloïde ?
OUI - NON

Prenez vous notamment :

- ✓ Des anticoagulants : OUI - NON
- ✓ Des anti inflammatoires : OUI - NON
- ✓ Des corticoïdes : OUI - NON
- ✓ De l'aspirine : OUI - NON
- ✓ Des médicaments contre l'acné : OUI - NON
- ✓ Avez-vous pris des médicaments contre l'acné dans les
six derniers mois ? OUI - NON

Souffrez-vous d'acné ?
OUI - NON

Classifications :

Phototype de Fitz Patrick :

Score de Glogau :

Voici les effets secondaires auxquels vous pouvez être confrontés :

- Fréquemment :
 - Hématomes,
 - Prurit,
 - Rougeurs,
 - Un œdème en regard du site. Il est à noter que ce dernier peut être retardé, intervenant après une semaine.

- Plus rarement :

- Une hyperpigmentation en regard de la zone d'injection.
 - Une infection localisée.
 - Un plissé visible sous la peau disparaissant en quelques semaines.
- Exceptionnellement :
- Des réactions locales à type de nodules inflammatoires douloureux.
 - Une paralysie de certains muscles moteurs, pouvant induire :
 - Une ptose (chute) du sourcil et de la paupière supérieure.
 - Une paralysie d'un certain nombre de muscles de la joue gênant le rire et le sourire.

AUTORISATION :

Je soussigné(e),, autorise par la présente le Dr Frédéric GEORGET à réaliser la pose de fils crantés, afin de corriger la ptose débutante de la joue.

J'ai parfaitement compris que les fils crantés permettent de lutter contre la chute modérée des tissus, réalisant un quasi lifting centofacial.

Les détails de la procédure d'injection m'ont été expliqués en terme clairs et je les ai totalement compris. On m'a aussi expliqué qu'elles étaient les autres méthodes possibles ainsi que leurs avantages et leurs inconvénients. Je déclare également être totalement informé(e) des risques et complications générales et spécifiques immédiats et secondaires auxquels je pourrais être confronté(e).

J'ai informé le médecin de mes allergies connues, ainsi que mes traitements en cours. Je déclare solennellement ne pas avoir bénéficié d'une chirurgie ni d'un peeling dans la zone à traiter, ces six derniers mois.

Je suis satisfait(e) des informations communiquées. Après un délai de réflexion suffisant, ainsi qu'une évaluation sérieuse, je donne mon consentement à la procédure proposée.

Date

Signature du Patient

Signature du Médecin

Etiquette du produit: