

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 peelings

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Antécédents médicaux :

Êtes-vous enceinte ? OUI - NON – DOUTE

Allaitiez-vous ? OUI - NON

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

Avez-vous déjà présenté une cicatrice chéloïde ?

OUI – NON

Souffrez-vous d'acné ?

OUI – NON

Prenez vous notamment :

- ✓ Des corticoïdes : OUI – NON
- ✓ Des médicaments contre l'acné : OUI – NON
- ✓ Avez-vous pris des médicaments contre l'acné dans les trois derniers mois ? OUI – NON

Lesquels ?

.....
.....

Voici les effets secondaires auxquels vous pouvez être confrontés :

- Fréquemment :

- Rougeurs,
- Prurit,
- Desquamation survenant après 2 à 4 jours,
- Si vous suivez ce traitement pour une tâche foncée, il est normal qu'elle s'obscurcisse le lendemain.

- Plus rarement :

- Une coûte peu survenir, dans ce cas ne pas l'arracher, sous peine de voir apparaître une cicatrice indélébile.
- Une infection localisée.

- Exceptionnellement :

- Une infection cutanée plus large,
- Une cicatrice.

AUTORISATION :

Je soussigné(e),, autorise par la présente le Dr Frédéric GEORGET à réaliser un peeling à l'aide des produits suivant :

.....
afin de corriger :
.....
.....

J'ai parfaitement compris que le peeling est un traitement abrasif visant à stimuler ma peau, diminuer l'intensité des tâches colorées, ainsi qu'à traiter l'acné. Les détails de la procédure 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 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

Morpho Esthétique des Pyramides - Cabinet de Médecine Morpho Esthétique