

Consentement aux injectables biostimulants (Sculptra/Radiesse)

Consentement éclairé pour les injectables stimulant le collagène tels que l'acide poly-L-lactique (Sculptra) et l'hydroxylapatite de calcium (Radiesse)

Informations du client

Prénom *

Nom *

Adresse e-mail *

Numéro de téléphone *

Date de naissance *

JJ / MM / AAAA

Détails du traitement

Produit *

☐ Sculptra (acide poly-L-lactique)

☐ Radiesse (hydroxylapatite de calcium)

☐ Radiesse hyperdilué (qualité de peau)

☐ Autre biostimulant

Zones de traitement *

☐ Joues / Milieu du visage

☐ Tempes

☐ Contour de la mâchoire

☐ Menton

☐ Cou

☐ Mains

☐ Fesses / Fossettes des hanches

☐ Corps (bras, genoux, abdomen)

Avez-vous déjà reçu une injection de biostimulant? *

☐ Oui ☐ Non

Si oui, produit, zone, date et tout nodule ou réaction

Avez-vous de l'acide hyaluronique ou un rempissant permanent dans la zone de traitement? *

☐ Oui ☐ Non

Antécédents médicaux

Êtes-vous enceinte, cherchez-vous à concevoir ou allaitez-vous? *

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous l'une des conditions suivantes?

- ☐ Condition auto-immune (lupus, polyarthrite rhumatoïde, sclérose en plaques, etc.)
- ☐ Trouble de la coagulation ou anticoagulants
- ☐ Diabète
- ☐ Antécédents de chéloïdes ou cicatrices hypertrophiques
- ☐ Cancer (actuellement ou au cours des 5 dernières années)
- ☐ Immunosuppression / trouble immunitaire
- ☐ Aucune des conditions ci-dessus

Avez-vous une infection cutanée active, de l'acné ou une inflammation dans la zone? *

- ☐ Oui ☐ Non

Formez-vous des chéloïdes ou des cicatrices hypertrophiques? *

- ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous allergique à la lidocaïne ou à d'autres anesthésiques locaux? *

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous des travaux dentaires prévus au cours des 2 prochaines semaines ou réalisés au cours des 2 dernières semaines? *

- ☐ Oui ☐ Non

Demandez-vous un traitement de la zone sous les yeux ou des lèvres? *

- ☐ Oui ☐ Non

Médicaments actuels et suppléments

Allergies (médicaments, latex, lidocaïne, anesthésiques)

Risques et complications

Risques potentiels et complications:

- Bleus, gonflements, sensibilité et rougeurs au site d'injection pendant jusqu'à 1-2 semaines
- Nodules ou papules — petites bosses fermes sous la peau qui peuvent apparaître des semaines à des mois après le traitement; la plupart se résorbent mais certains peuvent nécessiter un traitement
- Granulomes — grumeaux inflammatoires (rares) qui peuvent être persistants
- Asymétrie ou résultats inégaux
- Infection et biofilm
- Occlusion vasculaire — blocage d'un vaisseau sanguin pouvant causer des dommages tissulaires et, dans les cas extrêmement rares, une perte de vision; les biostimulants ne peuvent pas être dissous avec l'hyaluronidase
- Résultat tardif ou insatisfaisant — les résultats se construisent graduellement sur 2-6 mois

Les résultats sont graduels et dépendent de votre propre réaction collagène. Une série de 2-3 séances espacées de 4-6 semaines est typique. Les instructions de massage (« 5-5-5 » pour Sculptra) doivent être suivies.

Je comprends que les biostimulants peuvent causer des nodules ou des granulomes qui peuvent apparaître des mois plus tard, que le produit ne peut pas être dissous avec l'hyaluronidase et que le traitement des complications peut prendre du temps.

Je comprends le risque de nodules et que le produit ne peut pas être dissous: _____

Je comprends que l'occlusion vasculaire est une complication rare mais grave et que je dois chercher des soins immédiats en cas de douleur inhabituellement intense, de pâleur, de peau marbrée ou de changements visuels après le traitement.

Je comprends le risque d'occlusion vasculaire: _____

Autorisation de photos

Pouvons-nous prendre des photos avant et après pour votre dossier de traitement? *

- ☐ Oui — pour mon dossier médical uniquement
- ☐ Oui — et vous pouvez les utiliser anonymement pour le marketing
- ☐ Non

Journal de service

Réservé à l'usage du cabinet

	Date	Zone	Produit / N° de lot	Dose / Volume
Entrée 1				
Entrée 2				
Entrée 3				
Entrée 4				
Entrée 5				
Entrée 6				

Consentement et signature

Je consens volontairement à un traitement par injection de biostimulant. J'ai été informé des avantages, des risques, des alternatives et des complications potentielles, y compris les nodules, les granulomes et l'occlusion vasculaire. Je comprends que les résultats sont graduels et varient d'une personne à l'autre et qu'aucune garantie de résultat n'a été faite. Je dégage de toute responsabilité le prestataire et la clinique concernant ce traitement, sauf en cas de négligence.

Je confirme que j'ai lu et compris les informations ci-dessus et je donne mon consentement éclairé.

J'ai lu et compris les informations ci-dessus: _____

Signature

Date

Nom en lettres majuscules

Date *

JJ / MM / AAAA

Ce formulaire a été fourni gratuitement par Consentify

Consentify transforme des formulaires comme celui-ci en consentement numérique que vos clients signent sur leur propre téléphone via code QR — avec génération automatique de PDF, détection des contre-indications et stockage sécurisé. Plan gratuit disponible sur <https://getconsentify.com>.

Modèle uniquement. Consultez votre professionnel agréé ou un conseiller juridique avant utilisation ; les exigences varient selon la juridiction et la pratique.