

Consentement au Remodelage Corporel

Consentement éclairé pour le remodelage corporel non invasif incluant la cryolipolyse, la stimulation musculaire électromagnétique, la radiofréquence et la réduction des graisses par ultrasons

Informations du Client

Prénom *

Nom de Famille *

Adresse Email *

Numéro de Téléphone *

Date de Naissance *

JJ / MM / AAAA

Détails du Traitement

Type de traitement *

- ☐ Cryolipolyse (congélation des graisses)
- ☐ Stimulation musculaire électromagnétique (EMS)
- ☐ Radiofréquence / Réduction des graisses par ultrasons
- ☐ Combinaison

Zones à traiter *

- ☐ Abdomen
- ☐ Bras
- ☐ Dos / Ligne du soutien-gorge
- ☐ Flancs / Poignées d'amour
- ☐ Fessiers
- ☐ Cuisses
- ☐ Sous le menton

Poids actuel

Changement de poids au cours des 6 derniers mois

Avez-vous déjà suivi des traitements de remodelage corporel? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Antécédents Médicaux

Êtes-vous enceinte, essayez-vous de concevoir ou allaitez-vous? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Avez-vous l'une des conditions suivantes?

- ☐ Condition auto-immune (lupus, PR, SEP, etc.)
- ☐ Trouble de la coagulation ou anticoagulants
- ☐ Diabète
- ☐ Antécédents de cicatrices chéloïdes ou hypertrophiques
- ☐ Cancer (actuel ou dans les 5 dernières années)
- ☐ Immunodéprimé / Trouble immunitaire
- ☐ Aucune des conditions ci-dessus

Avez-vous une cryoglobulinémie, une maladie d'agglutinines froides ou une hémoglobinurie paroxystique au froid? *

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous la maladie de Raynaud, l'urticaire au froid ou une sensibilité sévère au froid? *

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous un stimulateur cardiaque, un défibrillateur ou un dispositif électronique implanté? *

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous des implants métalliques, un DIU en cuivre ou du métal près de la zone de traitement? *

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous une hernie dans la zone de traitement ou à proximité? *

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous subi une chirurgie dans la zone de traitement au cours des 6 derniers mois? *

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous l'épilepsie ou un trouble convulsif? *

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous des plaies ouvertes, une éruption cutanée, une infection ou des varices dans la zone? *

- ☐ Oui ☐ Non

Médicaments et suppléments actuels

Allergies (médicaments, latex, lidocaïne, anesthésiques)

Risques et Complications

Risques et Complications Potentiels:

- Rougeur, gonflement, ecchymoses, engourdissement, fourmillements et sensibilité dans la zone traitée pendant des jours à des semaines
- Douleur musculaire après l'EMS, similaire à un entraînement intense
- Irrégularité cutanée, asymétrie des contours ou réduction inégale des graisses
- Hypertrophie adipeuse paradoxale — une rare augmentation des graisses dans la zone traitée des mois après la cryolipolyse qui peut nécessiter une correction chirurgicale
- Gelure, brûlures ou ampoules (rare)
- Douleur à début tardif — douleur nerveuse commençant des jours après le traitement, généralement résolutive en quelques semaines
- Formation ou aggravation d'hernie avec l'EMS ou l'aspiration
- Les résultats varient et la réduction des graisses par séance est modeste (généralement 20-25 % des graisses dans la zone traitée pour la cryolipolyse); une série de séances est courante

Le remodelage corporel n'est pas un traitement de perte de poids. Un poids stable, l'hydratation et l'activité physique soutiennent les résultats.

Je comprends que le remodelage corporel traite les graisses localisées ou le tonus musculaire, que les résultats visibles se développent sur 2-3 mois, que plusieurs séances peuvent être nécessaires et qu'aucun résultat spécifique n'a été garanti.

Je comprends qu'il ne s'agit pas d'une perte de poids et que les résultats varient: _____

Je comprends le rare risque d'hypertrophie adipeuse paradoxale après la cryolipolyse, la douleur à début tardif, les brûlures et l'irrégularité des contours, et j'ai divulgué tout implant, hernie ou condition liée au froid.

Je comprends le risque d'hypertrophie adipeuse paradoxale et d'autres complications: _____

Autorisation Photographique

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 de façon anonyme à des fins de marketing
- ☐ Non

Journal des Traitements

Réservé à l'usage du cabinet

	Date	Zone	Appareil / Applicateur / Paramètres	Notes
Entrée 1				
Entrée 2				
Entrée 3				
Entrée 4				
Entrée 5				
Entrée 6				

Consentement et Signature

Je consens volontairement au traitement de remodelage corporel non invasif. J'ai été informé des avantages, des risques, des alternatives et des complications potentielles. Je comprends qu'il s'agit d'une intervention cosmétique électorale, qu'elle ne remplace pas une perte de poids et qu'aucune garantie de résultat n'a été donnée. Je libère le praticien et le cabinet de toute responsabilité liée à ce traitement, sauf en cas de négligence.

Je confirme avoir 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.