

Consentement Microneedling

Consentement éclairé pour les traitements de microneedling (thérapie d'induction de collagène)

Informations du Client

Prénom *

Nom de Famille *

Adresse E-mail *

Numéro de Téléphone *

Date de Naissance *

JJ / MM / AAAA

Détails du Traitement

Appareil de Microneedling *

☐ SkinPen

☐ Dermapen

☐ Morpheus8 (Microneedling RF)

☐ Vivace

☐ Autre

Zones de Traitement *

☐ Visage complet

☐ Cou

☐ Décolleté

☐ Mains

☐ Vergetures

☐ Cicatrices d'acné (zone spécifique)

Sérums Additionnels (le cas échéant)

☐ PRP (Plasma Riche en Plaquettes)

☐ Sérum d'acide hyaluronique

☐ Sérum de facteurs de croissance

☐ Sérum de vitamine C

☐ Aucun

Évaluation de Santé

Avez-vous actuellement de l'acné active, une poussée de rosacée ou une infection cutanée dans la zone de traitement ? *

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous un trouble de la coagulation ou prenez-vous des anticoagulants ? *

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous des antécédents de cicatrices chéloïdes ou hypertrophiques ? *

☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous actuellement enceinte ou allaitante ? *

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous suivi l'un des traitements suivants au cours des 2 dernières semaines ?

- ☐ Peeling chimique
 ☐ Traitement au laser
 ☐ Épilation à la cire
☐ Coup de soleil
 ☐ Aucun de ces traitements

Risques et Soins Post-Traitement

À Quoi S'attendre :

- Rougeur et légère enflure similaire à un coup de soleil pendant 24-72 heures
- Léger saignement ponctiforme pendant le traitement (normal)
- La peau peut sembler tendue, chaude et sensible
- Léger pelage ou desquamation pendant 3-5 jours

Risques Potentiels :

- Rougeur ou enflure prolongée
- Ecchymoses
- Infection (si les soins post-traitement ne sont pas suivis)
- Hyperpigmentation post-inflammatoire
- Cicatrisation (rare)
- Réaction allergique aux sérums topiques
- Épidémies ou milia

Soins Post-Traitement :

- Évitez l'exposition directe au soleil et portez un FPS 30+ minimum pendant 2 semaines
- Pas de maquillage pendant 24 heures
- Pas de produits de soin actifs (rétinoïdes, AHA, vitamine C) pendant 72 heures
- Gardez la peau propre et hydratée
- Ne grattez ni ne pincez la peau traitée
- Évitez la natation, les saunas et les exercices intenses pendant 48 heures

Je reconnais les risques potentiels du microneedling et j'accepte de suivre toutes les instructions de soins post-traitement fournies.

Je comprends les risques et les exigences de soins post-traitement: _____

Journal de Service

Réservé à l'usage du cabinet

	Date	Zone	Profondeur (mm)	Passages
Entrée 1				
Entrée 2				
Entrée 3				
Entrée 4				
Entrée 5				
Entrée 6				

Consentement et Signature

Je consens à la procédure de microneedling décrite ci-dessus. Je comprends les risques, les bénéfices et les alternatives. J'ai eu l'occasion de poser des questions et j'ai reçu des réponses satisfaisantes. J'accepte de suivre toutes les instructions avant et après le traitement. Je libère le prestataire et la clinique de toute responsabilité.

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.