

Consentement de Neurotoxine (Botox/Dysport)

Consentement éclairé pour les injections de neurotoxine incluant Botox, Dysport, Xeomin et Jeuveau

Informations du Client

Prénom *

Nom de Famille *

Adresse E-mail *

Numéro de Téléphone *

Date de Naissance *

JJ / MM / AAAA

Informations sur le Traitement

Produit de Neurotoxine *

- ☐ Botox (onabotulinumtoxinA) ☐ Dysport (abobotulinumtoxinA) ☐ Xeomin (incobotulinumtoxinA)
☐ Jeuveau (prabotulinumtoxinA)

Zones de Traitement *

- | | |
|---|--|
| ☐ Glabellle (entre les sourcils) | ☐ Rides du front |
| ☐ Pattes d'oie (autour des yeux) | ☐ Rides du nez |
| ☐ Redéfinition des lèvres | ☐ Fossettes du menton |
| ☐ Masséter (affinement de la mâchoire) | ☐ Bandes platysmalles (cou) |
| ☐ Hyperhidrose (sudation excessive) | ☐ Autre |

Si autre, veuillez préciser

Dépistage de Santé

Avez-vous des troubles neuromusculaires (p. ex., SLA, myasthénie grave, syndrome de Lambert-Eaton) ? *

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous reçu des injections de neurotoxine auparavant ? *

☐ Oui ☐ Non

Si oui, décrivez toute réaction indésirable antérieure

Êtes-vous actuellement enceinte, en période d'allaitement, ou envisagez-vous une grossesse ? *

☐ Oui ☐ Non

Prenez-vous actuellement des antibiotiques aminoglycosides ou des anticoagulants ? *

☐ Oui ☐ Non

Risques et Avantages

Risques Potentiels et Effets Indésirables :

Les effets indésirables courants incluent des rougeurs temporaires, un gonflement, des ecchymoses et un léger inconfort aux sites d'injection. Les risques moins courants mais possibles incluent :

- Ptose (affaissement de la paupière ou du sourcil), généralement temporaire (2-6 semaines)
- Asymétrie nécessitant un traitement de retouche
- Migraine suite au traitement
- Symptômes pseudo-grippaux pendant 24-48 heures
- Migration du produit vers des zones non intentionnelles
- Réaction allergique (rare)
- Difficulté à avaler ou à respirer si le produit se dissémine (très rare)

Les résultats apparaissent généralement dans les 3-14 jours et durent 3-4 mois. Les résultats individuels peuvent varier. Des traitements de retouche peuvent être recommandés 2 semaines après l'injection initiale.

J'ai été informé des risques potentiels et des effets indésirables du traitement par neurotoxine, notamment la ptose, l'asymétrie, les ecchymoses et les réactions allergiques. Je comprends que les résultats ne sont pas garantis.

J'accuse réception des risques décrits ci-dessus: _____

Instructions Avant et Après le Traitement

Avant le Traitement :

- Évitez les médicaments anticoagulants (aspirine, ibuprofène, huile de poisson) pendant 7 jours avant
- Évitez l'alcool 24 heures avant
- Arrivez avec un visage propre, sans maquillage

Après le Traitement :

- NE FROTTEZ PAS et ne massez pas les zones traitées pendant 24 heures
- Restez en position verticale pendant 4 heures après le traitement
- Évitez l'exercice intense pendant 24 heures
- Évitez les saunas, bains à remous et chaleur extrême pendant 48 heures
- NE RECEVEZ PAS de soins du visage ou autres traitements faciaux pendant 2 semaines

Je confirme que j'ai lu, compris et suis d'accord pour suivre les instructions avant et après le traitement fournies ci-dessus.

J'ai lu et suivrai les instructions avant et après le traitement: _____

Journal de Service

Réservé à l'usage du cabinet

	Date	Zone	Produit / Lot #	Unités
Entrée 1				
Entrée 2				
Entrée 3				
Entrée 4				
Entrée 5				
Entrée 6				

Consentement et Signature

Je consens volontairement au traitement par injection de neurotoxine décrit ci-dessus. J'ai eu la possibilité de poser des questions et toutes mes questions ont reçu des réponses satisfaisantes. Je comprends que la pratique de la médecine n'est pas une science exacte et aucune garantie ne m'a été donnée concernant le résultat de cette intervention. Je dégage le prestataire et le cabinet de toute responsabilité liée à ce traitement.

Je confirme que j'ai lu et compris les informations ci-dessus et 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.