

Consentement à la microneedling par radiofréquence

Consentement éclairé pour la microneedling par radiofréquence (appareils de type Morpheus8) avec dépistage des implants, stimulateurs cardiaques et peau

Informations du client

Prénom *

Nom *

Adresse électronique *

Numéro de téléphone *

Date de naissance *

JJ / MM / AAAA

Détails du traitement

Zones de traitement *

☐ Visage

☐ Cou

☐ Mâchoire / Sous-mentonnier

☐ Abdomen

☐ Bras

☐ Cuisses / Fessiers

☐ Autre

Objectifs

☐ Raffermissment de la peau

☐ Cicatrices d'acné

☐ Texture et pores

☐ Vergetures

☐ Réduction de la graisse sous-dermique

Avez-vous déjà eu un traitement par microneedling ou radiofréquence? *

☐ Oui ☐ Non

Antécédents médicaux

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

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous l'une des conditions suivantes?

☐ Trouble auto-immun (lupus, polyarthrite rhumatoïde, sclérose en plaques, etc.)

☐ Trouble de la coagulation ou anticoagulants

☐ Diabète

☐ Antécédent de cicatrices chéloïdes ou hypertrophiques

☐ Cancer (actuel ou au cours des 5 dernières années)

☐ Immunosuppression / trouble immunitaire

☐ Aucune des conditions ci-dessus

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

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous des implants métalliques, des plaques ou des vis dans ou près de la zone de traitement? *

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous pris de l'isotrétinoïne (Accutane) au cours des 6 derniers mois? *

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous de l'acné active, une infection, des boutons de fièvre ou des plaies ouvertes dans la zone? *

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous eu des injections de comblement, de neurotoxine ou de fils dans la zone au cours des 2 dernières semaines? *

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous du melasma ou des antécédents d'hyperpigmentation post-inflammatoire? *

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous eu une exposition au soleil importante ou un bronzage au cours des 2 dernières semaines? *

☐ Oui ☐ Non

Médicaments et suppléments actuels

Allergies (médicaments, latex, lidocaïne, anesthésiques)

Risques et complications

Risques et complications potentiels :

- Rougeur, gonflement et sensation de chaleur pendant 1 à 3 jours; le saignement au niveau des points et la croûte légère sont attendus
- Marques de grille dues au motif des aiguilles, disparaissant en quelques jours
- Ecchymoses, particulièrement avec anticoagulants ou huile de poisson
- Hyperpigmentation ou hypopigmentation, plus probables avec une peau bronzée, le melasma ou les phototypes plus foncés
- Infection ou réactivation d'herpès labial
- Brûlures, phlyctènes ou perte de graisse si l'énergie est trop élevée (rare)
- Cicatrisation (rare)
- Irritation nerveuse — engourdissement ou fourmillements temporaires (rare)

La plupart des gens ont besoin d'une série de 3 traitements à 4-6 semaines d'intervalle, avec des résultats de collagène se développant sur 3-6 mois. Une crème anesthésiante est appliquée avant le traitement.

Je comprends la rougeur, le gonflement, les marques de grille et le saignement attendus, ainsi que les risques moins courants de changement de pigmentation, d'infection, de brûlures et de cicatrisation.

Je comprends la rougeur, le gonflement, les marques de grille et le saignement attendus: _____

Je confirme que je n'ai pas d'appareil électronique implanté ni de métal dans la zone de traitement et que j'ai divulgué tous les médicaments, y compris l'isotrétinoïne et les anticoagulants.

J'ai divulgué les implants et les médicaments: _____

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 à titre promotionnel
- ☐ Non

Journal de service

Réservé à l'usage du cabinet

	Date	Zone	Profondeur / Énergie / Passages	Notes
Entrée 1				
Entrée 2				
Entrée 3				
Entrée 4				
Entrée 5				
Entrée 6				

Consentement et signature

Je consens volontairement au traitement par microneedling à radiofréquence. J'ai été informé des avantages, des risques, des alternatives et des complications potentielles. Je comprends qu'il s'agit d'une procédure cosmétique élective, que les résultats varient et se développent au cours des mois, et qu'aucune garantie de résultat n'a été faite. Je libère le prestataire et la clinique de toute responsabilité liée à ce traitement, sauf en cas de négligence.

Je confirme avoir lu et compris les informations ci-dessus et donne mon consentement éclairé.

J'ai lu et je comprends 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.