

Consentement au resserrement de la peau (HIFU / RF / Ultrasons)

Consentement éclairé pour le resserrement non chirurgical de la peau par ultrasons focalisés de haute intensité, radiofréquence monopolaire et dispositifs énergétiques similaires

Informations du client

Prénom *

Nom *

Adresse e-mail *

Numéro de téléphone *

Date de naissance *

JJ / MM / AAAA

Détails du traitement

Type de traitement *

- ☐ Ultrasons focalisés de haute intensité (HIFU) ☐ Radiofréquence monopolaire
☐ RF bipolaire / multipolaire ☐ Autre dispositif énergétique

Zones de traitement *

- ☐ Visage complet ☐ Bas du visage / Mâchoire
☐ Cou ☐ Front / Yeux
☐ Décolletage ☐ Corps (abdomen, bras, cuisses, genoux)

Avez-vous déjà subi des traitements énergétiques de resserrement de la peau? *

- ☐ Yes ☐ No

Avez-vous reçu des injections de comblement, de toxine botulique ou des fils dans la zone au cours des 4 dernières semaines? *

- ☐ Oui ☐ Non

Antécédents médicaux

Êtes-vous enceinte, en train d'essayer de concevoir ou en train d'allaiter? *

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous l'une des conditions suivantes?

- ☐ Maladie auto-immune (lupus, polyarthrite rhumatoïde, sclérose en plaques, etc.)
- ☐ Trouble de la coagulation ou sous anticoagulants
- ☐ Diabète
- ☐ Antécédents de chéloïde ou de cicatrisation hypertrophique
- ☐ Cancer (actuel ou dans les 5 dernières années)
- ☐ Immunosupprimé / Trouble immunitaire
- ☐ Aucune des conditions ci-dessus

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

- ☐ Oui ☐ Non

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

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous du comblement permanent, des implants ou des fils dans la zone de traitement? *

- ☐ 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 une paralysie de Bell, des problèmes de nerf facial ou un trouble neuromusculaire? *

- ☐ Oui ☐ Non

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

- ☐ Oui ☐ Non

Médicaments et suppléments actuels

Allergies (médicaments, latex, lidocaïne, anesthésiques)

Risques et complications

Risques et complications potentiels:

- Rougeur, gonflement et sensibilité pendant quelques heures à quelques jours
- Picotements, engourdissement ou irritation nerveuse — généralement temporaires; rarement pendant plusieurs semaines (HIFU)
- Ecchymoses ou petites marques le long des lignes de traitement qui disparaissent en quelques jours
- Brûlures ou ampoules si l'énergie est appliquée trop superficiellement (rare)
- Perte de graisse ou changement de contour avec une énergie excessive dans les zones minces (rare)
- Faiblesse musculaire temporaire autour de la bouche ou du front (rare)
- Changement de pigmentation (rare)
- Résultat limité — le resserrement est graduel sur 2 à 6 mois et modeste par rapport à la chirurgie; certaines personnes voient peu ou pas de changement

Le malaise pendant le traitement est courant et peut être géré avec un soulagement de la douleur ou un engourdissement.

Je comprends que le resserrement non chirurgical de la peau produit des résultats graduels et subtils sur plusieurs mois, que certaines personnes ne répondent pas, et que ce n'est pas un substitut à la chirurgie.

Je comprends que le résultat est graduel, modeste et non garanti: _____

Je comprends que l'engourdissement temporaire, les picotements, la faiblesse musculaire, les brûlures et les changements de graisse ou de contour peuvent survenir et que j'ai divulgué tous les implants et injections dans la zone de traitement.

Je comprends le risque d'effets nerveux, de brûlures et de changement de contour: _____

Autorisation de photographie

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 manière anonyme à des fins de marketing
- ☐ Non

Journal de service

Réservé à l'usage du cabinet

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

Consentement et signature

Je consens volontairement au traitement de resserrement non chirurgical de la peau. J'ai été informé(e) des avantages, des risques, des alternatives et des complications potentielles. Je comprends qu'il s'agit d'une intervention cosmétique électorive et qu'aucune garantie de résultat n'a été donnée. Je dégage le prestataire et la clinique de toute responsabilité liée à ce traitement sauf en cas de négligence.

Je confirme que j'ai 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.