

Dr

Formulaire de consentement éclairé pour peelings

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Antécédents médicaux :

Êtes-vous enceinte ? OUI - NON – DOUTE
Allaitez-vous ? OUI - NON

Présentez vous une maladie évolutive : OUI – NON
Laquelle :

Êtes-vous allergique : OUI – NON
si oui : à quel(s) produit(s) :

Êtes-vous diabétique ? OUI – NON

Prenez vous des médicaments ? OUI - NON
Si oui, quels médicaments :

Votre peau :

Avez-vous déjà eu un Herpès (bouton de fièvre)
OUI – NON

Présentez vous une maladie cutanée ?
OUI – NON

Avez-vous déjà présenté une cicatrice chéloïde ?
OUI – NON

Souffrez-vous d'acné ?
OUI – NON

Prenez vous notamment :

- Des corticoïdes : OUI – NON
 - Des médicaments contre l'acné : OUI – NON
 - Avez-vous pris des médicaments contre l'acné dans les trois derniers mois ? OUI – NON
- Lesquels ?
.....
.....

Voici les effets secondaires auxquels vous pouvez être confrontés :

- **Fréquemment** (réactions normales) :
 - Rougeurs,
 - Prurit,
 - Croûte survenant après 2 à 4 jours et pouvant perdurer jusqu'à 15 jours, dans ce cas ne pas l'arracher, sous peine de voir apparaître une cicatrice indélébile.
 - Si vous suivez ce traitement pour une tâche foncée, il est normal qu'elle s'obscurcisse les jours suivants.
- **Plus rarement** :
 - Une infection localisée.
- **Exceptionnellement** :
 - Une infection cutanée plus large,
 - Une cicatrice.

AUTORISATION :

Je soussigné(e),, autorise par la présente

le Drà réaliser un peeling mixte (Timed[®] + Résorcine).

J'ai parfaitement compris que le peeling est un traitement abrasif visant à stimuler ma peau pour en traiter les rides.

Je déclare également être totalement informé(e) des effets post-acte et des risques et complications générales et spécifiques immédiats et secondaires auxquels je pourrais être confronté(e).

J'ai informé le médecin de mes allergies connues, ainsi que mes traitements en cours.

Je suis satisfait(e) des informations communiquées. Après un délai de réflexion légal, ainsi qu'une évaluation sérieuse, je donne mon consentement à la procédure proposée.

Date

Signature du Patient

Signature du Médecin