

CONSENTEMENT MUTUEL ÉCLAIRÉ : PEELING MOYEN

Document réalisé en vue d'une séance de peeling pratiquée par le Docteur..... DATE :

À son (sa) patient(e) NOM..... PRÉNOM.....
 ADRESSE.....

 TÉL :

COMMUN ACCORD

La décision de l'acte esthétique de peeling est prise d'un commun accord entre :

Le Patient qui exprime un désir, s'informe et consulte dans le but de se faire traiter, et le Docteur qui lui explique les possibilités techniques propres à son cas particulier, les modalités et les aléas d'un peeling.


Ce commun accord nécessite, une fois la décision prise, un suivi médical régulier qui permet au praticien de mettre à la disposition de son patient tous les moyens techniques dont il dispose.

Les aléas post-peeling, s'ils surviennent, pourront être traités au mieux, et, au même titre que la décision opératoire est commune, l'est aussi toute responsabilité inhérente à son évolution et à ses suites.

Il est convenu ce qui suit,

- ✓ Je reconnais que j'ai pu vous poser toutes les questions concernant cet acte et que j'ai pris note qu'il existe une imprévisibilité de durée et d'aspects tels que : d'anatomie locorégionale, de cicatrisations, de réactivité psychologique, ainsi que des risques exceptionnels voire même inconnus.
 - ✓ Vous m'avez informé des bénéfices attendus de cet acte et des alternatives thérapeutiques.
 - ✓ Je vous confirme que vous m'avez exposé les suites inhérentes à tout peeling: œdème, roseur, desquamation plus ou moins importante selon l'intensité du givrage obtenu, tiraillements, picotements, sensations de brûlure, et j'ai pris note qu'il ne fallait pas tirer sur les squames.
 - ✓ Je reconnais que, d'un commun accord, nous sommes convenus d'un délai minimum de jours à respecter entre la consultation et l'intervention éventuelle et que, dans cet intervalle, vous êtes à ma disposition pour répondre à toute interrogation et à celles de mon médecin traitant.
 - ✓ Je m'engage expressément à me rendre à vos consultations et à me soumettre à tous les soins et recommandations que vous me prescrirez en pré et post-acte.
 - ✓ Je vous fais confiance pour utiliser tous les moyens à votre disposition pour approcher le résultat souhaité.
 - ✓ Je prends bonne note qu'une éviction solaire de 1 à 2 mois est obligatoire après le peeling.
- En cas d'exposition solaire, utiliser **Sun Ceutic** de Dermaceutic FPS 50.

Ce peeling nécessite une préparation de peau à effectuer 15 jours avant l'acte en cabinet.

PRÉPARATION DE PEAU		POST PEELING		
<p><i>Soin de jour</i></p> <p>C25 Cream Dermaceutic <i>Peau fine et sèche</i></p> 	OU	<p>Day Light C20 Eneomey <i>Peau épaisse ou mixte</i></p> 	<p>K Ceutic de Dermaceutic aussi souvent que nécessaire.</p> 	
<p><i>Soin de nuit</i></p> <p>Turn Over Dermaceutic</p> 	OU	<p>Stim Renu 15 Eneomey</p> 		OU

Fait à, le

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

ENEOMEY
SKIN REJUVENATION PROGRAM

DERMACEUTIC
LABORATOIRE