

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Lieu et date de traitement _____

Nom complet du patient _____

Date de naissance _____

Adresse _____

Ville _____

N° de téléphone _____

I. D. _____

JE DÉCLARE QUE :

Par le présent document, je demande et donne mon consentement au Docteur _____, autorisé à exercer la médecine et la chirurgie – Organisme N° _____, et à ses assistants, pour m'administrer le traitement connu sous le nom de COOLTECH®.

La procédure CoolTech® est un traitement médical esthétique non invasif appliqué sur le tissu adipeux, utilisant un système de refroidissement contrôlé accompagné d'une aspiration sur la zone à traiter pendant moins de 70 minutes. Ainsi, le tissu adipeux, très sensible aux effets du froid, est définitivement réduit jusqu'à être éliminé de manière progressive et naturelle (lymphatique), dans un processus engagé 15 jours après le début du traitement et pouvant persister jusqu'à 90 jours.

Ce processus donne lieu à la réduction généralisée du tissu adipeux de la zone traitée.

Les patients qui présentent les contre-indications suivantes doivent être exclus de la procédure CoolTech® :

- ❖ Allergie à la cryothérapie.
- ❖ Maladie de Raynaud.
- ❖ Urticaire dûe au froid intense.
- ❖ Cryoglobulinémie.
- ❖ Hypoprotéinémie.
- ❖ Insuffisance d'organe (grave maladie du foie, insuffisances cardiaque, rénale, etc.).
- ❖ Diabète mal contrôlé avec des complications secondaires.
- ❖ Fièvre.
- ❖ Processus infectieux.
- ❖ Processus infectieux chronique avec morbidité associée (VIH, VHC, etc.).
- ❖ Grossesse ou allaitement.
- ❖ Maladies systémiques avec affections cutanées : lupus érythémateux disséminé, dermatomyosite, sclérodermie.

Sclérose en plaques

Personnes sous anti-agrégats(aspirine etc...)

- ❖ Lésions cutanées actives sur la zone à traiter.
- ❖ Veines variqueuses, phlébite et thrombophlébite.
- ❖ Néoplasie.

Les substances et dispositifs sont autorisés pour un usage médical esthétique et portent le marquage CE.

RISQUES INHÉRENTS AUX CIRCONSTANCES PERSONNELLES :

JE DÉCLARE que le traitement indiqué, ainsi que ses risques potentiels, ses effets indésirables, les risques propres à ma personne, et la gêne voire les douleurs que je pourrai ressentir dans une suite de traitement normale, m'ont été expliqués de manière très détaillée. En outre, j'ai été informé(e) des autres options disponibles sur le marché et des pour et contres de chacune d'entre elles. Conscient(e) de tous ces éléments, j'ai choisi le traitement en toute liberté.

J'ACCEPTÉ que les RISQUES et COMPLICATIONS décrits par la médecine comme inhérents à ce traitement puissent se manifester. Parmi les principaux risques, les effets secondaires suivants m'ont été expliqués :

- ❖ Érythème (rougeur) au niveau de la zone traitée, pouvant durer de quelques minutes à quelques heures.
- ❖ Ecchymoses localisées occasionnelles dues au processus d'aspiration.
- ❖ Possibilité de paresthésie et de dysesthésie (altérations de la sensibilité cutanée) de la zone traitée, pouvant durer jusqu'à 8 semaines.
- ❖ Sensation d'asthénie (fatigue) avec un éventuel état fébrile, durant moins de 24 heures.
- ❖ Faible douleur pendant la procédure, principalement durant les 10 premières minutes.
- ❖ Zone traitée douloureuse pendant une durée de 7 à 10 jours, gonflement possible, mais ne limitant pas les activités quotidiennes.
- ❖ Effet secondaire exceptionnel : risque d'évanouissement, de lésion superficielle, lié à l'effet de refroidissement.

JE COMPRENDS que ce traitement est destiné à améliorer mon apparence personnelle, certaines imperfections pouvant persister et le résultat pouvant être différent du résultat souhaité. Je suis conscient(e) que la médecine n'est pas une science exacte et que personne ne peut me garantir la perfection absolue. Je suis conscient(e) que le résultat peut être différent de celui que j'espérais et je reconnais que personne ne peut me donner une telle garantie.

À titre indicatif, J'AI ÉTÉ INFORMÉ(E) du nombre de traitements nécessaires pour obtenir l'effet désiré, sachant qu'il est impossible de connaître à l'avance le nombre de séances nécessaires en raison de la réaction propre à chaque patient.

JE M'ENGAGE à suivre strictement et de mon mieux les instructions du médecin avant, pendant et après le traitement susmentionné. Le respect des prescriptions recommandées par le Centre relève de ma responsabilité.

JE CERTIFIE que je n'ai pas modifié ni négligé mes informations personnelles ni mes antécédents médicaux, cliniques et chirurgicaux, en particulier concernant les allergies, maladies et risques auxquels je suis exposé(e).

JE CONSENS à ce que des photos de la zone traitée et de mon corps soient prises et utilisées dans un but scientifique, médical ou dans le cadre de l'enseignement. Étant entendu que leur usage ne constitue aucune violation de la protection de la vie privée ou de la confidentialité, à laquelle je suis tenu(e).

Je sais que l'ensemble de mes informations seront traitées de manière automatique, ce que j'ai accepté lorsque mes droits en vertu de la Loi actuellement en vigueur sur la protection des données à caractère officiel m'ont été expliqués.

J'ai été également informé(e) de mon droit de refuser le traitement ou d'annuler ce consentement.

J'ai pu répondre à toutes les questions que je me posais concernant tout ce qui précède, je comprends parfaitement tous les points du présent consentement et j'ai signé TOUTES LES PAGES du document EN DOUBLE EXEMPLAIRE. Je confirme et donne mon consentement au traitement.

Le médecin

Le patient