

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE TRAITEMENT PAR ENDOLIFT LASER

Entre les soussignés

Patient:

Date de naissance:

domicilié :

et le dr André le Maire

En tant que patient(e) , j'ai lu la Fiche d'informations aux patients "Document: dr AR le MAire / Doc Info Endolift " J'ai été suffisamment informé(e) sur les objectifs du traitement et je consens à recevoir le traitement d'Endolift Laser

Les détails de la procédure et la probabilité d'obtenir les résultats escomptés m'ont été expliqués de façon claire et explicite.

De même, j'ai été informé(e) sur le type de traitement, son intérêt et la technique employée. Je connais également les risques encourus ainsi que les événements indésirables potentiels susceptibles de survenir à la suite du traitement par Endolift Laser.

Je comprends qu'aucune garantie ne peut être donnée quant aux résultats du traitement et que ce traitement n'est pas permanent .

En cas de complication relative à une pathologie imprévisible, j'autorise par la présente le médecin à intervenir si cela lui semble médicalement nécessaire.

Lors de la consultation préalable, j'ai répondu de la façon la plus exhaustive possible aux questions relatives à mes antécédents médicaux et je n'ai dissimulé aucune pathologie. Je confirme, à ma connaissance, ne pas être enceinte . Je déclare ne pas souffrir d'allergie connue, ni de maladie dermatologique aiguë ou chronique, ne pas avoir subi d'infection à l'herpès labial préalablement, que je prends, en cas d'infection un traitement anti-herpétique par prescription médicale. je n'ai pas d'inserts en méthacrylate dans la zone à traiter,

Je déclare que je ne souffre d'aucune maladie qui, d'après le critère du médecin traitant, pourrait contre-indiquer ce type d'intervention. Je reconnais au praticien l'obligation de moyens mais pas celle de résultats, la quantification de ceux-ci étant particulièrement difficile à objectiver dans le cadre de la médecine esthétique

et régénérative.

J'ai été informé(e) des risques et complications éventuels liés au traitement ainsi que des précautions post-actes à prendre visant, entre-autre, à éviter toute infection

Je n'ai pas d'autres questions et je pense avoir été suffisamment informé(e). Je consens par la présente à toutes les mesures nécessaires en cas de modification ou de prolongation du traitement convenu. Par la présente, j'autorise le médecin à prendre des photos et/ou des vidéos du traitement à des fins médicales, scientifiques ou pédagogiques. Je reconnais avoir eu un délai de réflexion suffisant.

Les données médicales sont traitées par la Clinique Vitruviana et le dr le Maire exclusivement pour le suivi médical, dans le respect du RGPD (UE 2016/679).

**Le patient reconnaît avoir reçu un exemplaire de la fiche d'information sur l'endolift laser'Document: dr AR le MAire / Doc Info Endolift ". Le patient déclare avoir pris connaissance de ce document et avoir reçu réponse à toutes ses questions.**

**Le patient écrit de sa propre main « lu et approuvé »**

**Signature du/de la patient(e)      Date :**

**Signature du médecin**

## **CONSETEMENT ECLAIRE ET REVOCATION**

Le/la patient(e) donne librement son consentement pour l'intervention et peut à tout moment le révoquer.

*Loi du 23 mai 2013 réglementant les qualifications requises pour poser des actes de médecine esthétique non chirurgicale et de chirurgie esthétique (MB 2 juillet 2013) Chapitre 6 Information et consentement*

*Article 18. § 1er. Préalablement à tout acte de chirurgie esthétique ou de médecine esthétique non chirurgicale, le praticien responsable fournit les informations suivantes au patient et, le cas échéant, à son représentant légal ou à ses représentants légaux :*

*1° les techniques et les conditions de réalisation de l'acte;*

*2° les risques majeurs potentiels et les éventuelles conséquences et complications majeures;*

*3° le type de matériel implanté ou de produit injecté, en ce compris sa dénomination et ses caractéristiques (volume, mesures, quantité);*

*4° les coordonnées du producteur et, le cas échéant, de l'importateur du matériel implanté ou du produit injecté;*

*5° l'identité et le titre professionnel dont sont titulaires le praticien ou les praticiens réalisant l'acte projeté;*

*6° une évaluation détaillée des frais lorsque le montant des frais liés à l'acte projeté est évalué à plus de 1.000 euros. Ce montant est indexé au 1er janvier de chaque année suivant la formule d'indexation suivante : montant de base x nouvel indice santé/indice santé de base. L'indice santé de base est celui en vigueur au 31 décembre 2012. Le nouvel indice est celui qui interviendra successivement au 31 décembre de chaque année.*

*§ 2. Pour tout acte de chirurgie esthétique, le praticien responsable fournit les informations visées au paragraphe 1er au patient au cours d'une consultation préalable.*

*§ 3. Les informations visées au paragraphe 1er font l'objet d'un compte rendu écrit, daté et signé par le patient ou, le cas échéant, son représentant légal ou ses représentants légaux et les praticiens concernés. Ce compte rendu fait partie intégrante du dossier médical du patient.*

*Lorsque plusieurs actes identiques, au niveau de la technique et du produit utilisés, sont réalisés dans le cadre d'un même traitement, les informations visées au paragraphe 1er font l'objet d'un unique compte rendu tel que visé à l'alinéa précédent.*

*§ 4. Le texte du présent article est reproduit sur le compte rendu visé au paragraphe 3.*

*§ 5. Les informations visées au paragraphe 1er sont fournies au patient, et, le cas échéant, à son représentant légal ou à ses représentants légaux, sans préjudice d'autres informations à fournir en vertu d'autres dispositions, ou de modalités selon lesquelles ces informations doivent être communiquées ou conservées.*

## **REMARQUES**

Remarques du médecin : La patiente déclare ne pas avoir de contre-indication connue, notamment ne pas être enceinte ni allaiter

Remarques du/de la patient(e) :

