



Consentement éclairé

EMTONE

Vous avez choisi de programmer une série de traitements avec le dispositif Emtone. Cet appareil est destiné à être utilisé pour des procédures esthétiques non invasives, telles que le remodelage du corps, le raffermissement de la peau et la réduction de la cellulite.

Votre médecin vous a présenté un protocole de traitements personnalisés. Le nombre recommandé de traitements est de 4, et chaque séance est espacée d'au moins 3 jours. Cependant, en fonction du bilan établi lors de la consultation, ce nombre peut être plus important. Il est primordial de suivre ce protocole dans son ensemble pour obtenir un résultat optimal.

Généralement, les effets continuent de progresser pendant les semaines qui suivent le dernier traitement.

Pour un traitement du corps plus confortable et plus efficace, il est fortement conseillé de bien s'hydrater durant les 2 jours qui précèdent le traitement et pendant les 4 jours qui suivent.

Il est conseillé de porter des vêtements confortables lors des traitements (pour ne pas entraver la circulation sanguine et lymphatique), et il vous sera demandé d'ôter tout bijou proche de la zone traitée.

Le traitement ne peut être effectué que sur une zone du corps exempte de poils. Il est fortement recommandé de raser la zone traitée le jour même de la séance.

Je reconnais que les résultats du traitement peuvent être affectés par le tabagisme ou la consommation excessive d'alcool, tout comme par des troubles de l'alimentation, un traitement médicamenteux en cours ou une hydratation insuffisante.

Bien qu'aucun régime spécial ne soit requis, vous êtes encouragé à manger sainement pour favoriser et maintenir les résultats.

Le traitement est décrit par les patients comme « un massage aux pierres chaudes », confortable, sans douleur et accompagné de puissantes vibrations mécaniques.

Il n'y a aucune éviction sociale et aucune anesthésie requise.

Veuillez indiquer si vous avez ou avez eu l'un des éléments suivants :

- | | |
|--|---|
| Infection bactérienne ou virale, inflammations aiguës, herpès | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| ▪ Système immunitaire altéré, maladie auto-immune, sclérodémie | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| ▪ Isotrétinoïne dans les 12 derniers mois, thérapie locale de corticostéroïde | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| ▪ Diabète | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| ▪ Brûlures, mauvaise cicatrisation ou trouble de la sensibilité dans la zone de traitement | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| ▪ Implants métalliques, stimulateur cardiaque ou défibrillateur automatique/ cardioverter | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| ▪ Intervention cosmétique ablative / non-ablative au cours des 3 derniers mois | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| ▪ Cancer et maladies tumorales | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| ▪ Maladies cardiovasculaires, varices, phlébite, thrombose | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| ▪ Procédure de FIV | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| ▪ Névralgie et neuropathie aiguës | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| ▪ Troubles sanguins, risque de saignement, plaies ouvertes, ulcères peptiques | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| ▪ Rosacée, eczéma, collagénoses | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| ▪ Fébrilité | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| ▪ Insuffisance rénale ou hépatique | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| ▪ En cours de procédures radiologiques, la radiothérapie | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| ▪ Oedèmes prononcés, ascites, exsudats | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| ▪ Tuberculose | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| ▪ Anti inflammatoires (arrêt une semaine avant), certains anti dépresseurs | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| ▪ Patients mineurs | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |

Initiales du patient : _____

Initiales du médecin/assistant : _____

Si vous répondez OUI à l'une de ces questions, veuillez préciser :

- Je suis conscient(e) que la grossesse et les soins infirmiers sont contre-indiqués ; les femmes enceintes ne peuvent pas être traitées.
- Je reconnais qu'il existe certains effets indésirables associés aux traitements EMTONE, tels que : érythème, sensation de chaleur intense, douleur légère, peau sèche, perte temporaire de sensation, démangeaisons, hématome, pétéchie (liste non exhaustive). Je comprends que le traitement peut comporter des risques de complications ou de blessures de causes connues et inconnues, et j'assume librement ces risques.
- J'accepte les photographies de traitement avant/après, les prises de mesures et de poids, car cela aidera à l'évaluation médicale des résultats du traitement. L'information sera acquise à des fins médicales ou de marketing.
- Je comprends que les résultats peuvent varier d'une personne à l'autre et qu'un résultat exact ne peut pas être prédit à l'avance. Il est très peu probable, mais possible que le résultat ne soit pas visible après la procédure. Je reconnais que les résultats sont susceptibles de ne pas répondre à mes attentes.
- Je certifie avoir lu l'ensemble de ce document et je suis d'accord avec toutes les dispositions. Je certifie avoir eu l'occasion de poser des questions et les réponses fournies sont assez claires pour me permettre d'arrêter mon choix en faveur du traitement EMTONE. Je comprends parfaitement les conditions de traitement, la procédure et les effets secondaires possibles.
- Je reconnais avoir reçu un devis clair du coût de cet acte et je l'accepte
- Je certifie avoir lu les informations ci-dessus, et autorise le Docteur Haguénauer et/ou son assistant formé à la procédure à effectuer le traitement avec le système EMTONE.

Date : _____ Nom : _____ Prénom : _____
Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé » :

Je soussigné, Docteur _____, ai expliqué à mon patient le traitement EmTone avec ses bénéfices et ses risques. J'ai demandé à mon patient si il/elle avait des questions concernant ce traitement et ai répondu à ces questions au mieux

Signature et cachet du Médecin
N° d'identification : 38 1 00083 5/0060180