



# Consentement éclairé

## EMSCULPT

Vous êtes intéressé-e par les traitements non invasifs Emsculpt. L'appareil est indiqué pour l'amélioration du tonus abdominal et le renforcement des muscles abdominaux, de même que pour le renforcement, la tonification et le raffermissement des fesses et des bras.

Votre médecin discutera de vos besoins spécifiques en matière de traitement. Le nombre recommandé de traitement est de quatre séances. Le traitement dure généralement environ trente minutes par session, les séances étant séparées d'au moins deux jours, en fonction de vos besoins. Compléter un protocole complet de traitements est nécessaire pour maximiser l'efficacité du traitement. Vous aurez peut-être besoin de traitements supplémentaires en fonction de votre état.

Avant le traitement, aucune préparation particulière n'est nécessaire. Le jour du traitement, il vous est conseillé de porter des vêtements confortables qui permettent une flexibilité pour un positionnement correct. Durant le traitement, il vous sera demandé de retirer tous vos bijoux, appareils électroniques et objets métalliques.

Je reconnais que le succès du traitement peut être affecté par le tabagisme ou une consommation excessive d'alcool, ainsi que par des troubles de l'alimentation ou des médicaments en cours. Bien qu'aucun régime particulier ne soit nécessaire, vous êtes encouragé à manger sainement pour aider à promouvoir et à maintenir les résultats.

Le protocole EMSCULPT ne cause généralement pas de douleur et ne nécessite aucune anesthésie. Pendant la séance, vous ressentirez dans les zones traitées, des contractions intenses, mais non douloureuses. La procédure ne nécessite pas de temps de récupération. En règle générale, juste après la séance, vous pouvez reprendre vos activités.

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

• Implants métalliques ou électroniques	OUI	NON
• Stimulateurs cardiaques, défibrillateurs implantés, neurostimulateurs implantés	OUI	NON
• Pompes à médicaments	OUI	NON
• Insuffisance pulmonaire	OUI	NON
• Tumeur	OUI	NON
• Fièvre	OUI	NON
• Sensibilité ou allergie	OUI	NON
• Conditions hémorragiques	OUI	NON
• Traitement anticoagulant	OUI	NON
• Troubles cardiaques	OUI	NON
• Épilepsie	OUI	NON
• Intervention chirurgicale récente (la contraction musculaire peut perturber la guérison)	OUI	NON
• Zones de peau qui manquent de sensation normale	OUI	NON

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

Initiales du patient : \_\_\_\_\_

Initiales du médecin/assistant : \_\_\_\_\_

Veillez répondre aux questions suivantes :

- Avez-vous déjà été enceinte?
  - Césarienne
  - Naissance vaginale
- Êtes-vous satisfait de la force de vos muscles abdominaux?
- Êtes-vous satisfait de la forme de vos fesses?

**Considérations de traitement:**

- Je suis conscient que le traitement ne peut pas être appliqué au niveau de la tête et du coeur.
- Je suis conscient que la grossesse et l'allaitement sont contre-indiqués. Les femmes enceintes ne peuvent pas suivre le traitement.
- Je comprends que les traitements Emsculpt comportent certains risques, notamment (sans toutefois s'y limiter): douleurs musculaires, spasmes musculaires temporaires, douleurs temporaires aux articulations ou aux tendons, érythème local ou rougeur de la peau.
- Je comprends que le traitement peut porter des risques de complications ou de blessures de causes à la fois connues et inconnues, et j'assume librement ces risques.
- J'accepte les photographies, les mesures et la pesée avant et après le traitement, car cela facilitera l'évaluation médicale des résultats du traitement. Les informations seront acquises à des fins médicales ou marketing.
- Je comprends que les résultats peuvent varier d'une personne à l'autre et qu'un résultat exact ne peut être prédit. Compléter un protocole complet de traitements est nécessaire pour maximiser l'efficacité du traitement. Vous aurez peut-être besoin de traitements supplémentaires en fonction de votre état. C'est très improbable mais il est possible que vous ne sentiez aucun résultat reconnaissable après la procédure. Je reconnais que les résultats peuvent ne pas correspondre à mes attentes.
- Je certifie que j'ai eu l'occasion de poser des questions et que ces questions ont été répondues dans leur intégralité à ma satisfaction. 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 consens à ce que le Dr HAGUENAUER ou un assistant formé à la procédure procède au traitement EMSCULPT
- Je certifie avoir lu l'intégralité de ce document et être d'accord avec toutes les dispositions.

Date : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé » :

Je soussigné, Docteur \_\_\_\_\_, ai expliqué à mon patient le traitement EMSCULPT 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