



## Consentement éclairé

### EVOKE

Je comprends que l'appareil est utilisé pour améliorer l'apparence de la peau (contour du visage ou double menton), et j'accepte d'être un patient recevant un traitement pour le \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (préciser la procédure).

Je comprends que les résultats cliniques peuvent varier en fonction de facteurs individuels, y compris, mais sans s'y limiter, les antécédents médicaux, le type de peau, la conformité du patient aux instructions avant et après le traitement et la réponse individuelle au traitement.

Je comprends qu'il existe une possibilité d'effets à court terme tels que des rougeurs, des brûlures légères, des ecchymoses temporaires et une décoloration temporaire de la peau, ainsi que la possibilité d'effets secondaires rares tels que des cicatrices et une décoloration permanente. Ces effets m'ont été expliqués en détail.

Je certifie avoir été parfaitement informé de la nature et du but de l'intervention, des résultats attendus et des complications possibles, et je comprends qu'aucune garantie ne peut être donnée quant au résultat final obtenu.

Je suis pleinement conscient que mon état est d'ordre esthétique et que la décision d'aller de l'avant est basée uniquement sur mon désir exprimé de le faire.

Je confirme que j'ai informé le personnel de toute condition médicale, maladie ou médicament pris actuellement ou passé.

Je consens à la prise de photographies et autorise leur utilisation anonyme à des fins d'audit médical, d'éducation et de promotion.

Je certifie que j'ai eu la possibilité de poser des questions et que j'ai lu et compris parfaitement le contenu de ce formulaire de consentement.

Je comprends que le traitement avec ce système implique plusieurs séances.

Je comprends que je dois me conformer au programme de traitement, sinon les résultats pourraient être compromis.

Je reconnais qu'au cours de la procédure, des conditions imprévues peuvent nécessiter des procédures différentes de celles ci-dessus et j'autorise le médecin ou les assistants à effectuer ces autres procédures s'ils les trouvent plus appropriées. Je comprends que tout le monde n'est pas candidat à ce traitement et que les résultats peuvent varier.

Je reconnais avoir reçu un devis clair du coût de cet acte et je l'accepte.

Les procédures à utiliser pour effectuer cet acte m'ont été expliquées.

J'ai eu suffisamment d'occasions de discuter de mon état et de mon traitement. Je pense avoir les connaissances adéquates sur lesquelles fonder un consentement éclairé.

Toutes les questions que j'ai pu poser ont reçu une réponse satisfaisante.

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

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

Je consens à ce que le Dr HAGUENAUER ou un assistant du cabinet formé à cette technique procède au traitement.

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

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

Je soussigné, Docteur \_\_\_\_\_, ai expliqué à mon/ma patient-e le traitement EVOKE \_\_\_\_\_ 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