



## FICHE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR TRAITEMENT PAR PEELING CHIMIQUE SUPERFICIEL

Nom et Prénom : ..... Âge : .....ans.

E.mail : .....

Téléphone : .....

### DÉCLARE

Que le professionnel .....m'a expliqué que dans mon cas, il est recommandé de procéder à un TRAITEMENT PAR PEELING CHIMIQUE SUPERFICIEL MOYEN.

**1. L'objectif** de la technique est d'**éliminer les couches les plus superficielles** de la peau moyennant l'application d'un **agent chimique**, ce qui produit une **légère brûlure et la réépithélisation conséquente**. Divers agents chimiques peuvent être utilisés pour ce faire : AHA, acide salicylique, acide glycolique,...entre autres.

**2. La technique est indiquée** pour les **cicatrices superficielles**, les **pigmentations**, les **rides**, les **pores dilatés**, **excès de sébum**,... **et toute altération qui affecte l'épiderme**. La professionnelle m'a expliqué que, pour **obtenir de meilleurs résultats**, la **répétition du traitement peut être nécessaire**, ainsi qu'une **séance d'entretien mensuelle régulière**.

**3.** Je comprends que, même si la technique a été correctement choisie et réalisée, des effets secondaires temporaires peuvent apparaître tels que brûlure, démangeaison, givre, érythème, desquamation légère (peau qui pèle), tiraillements (inconfort, peau qui « tire »), éruptions acnéiformes (petits boutons), hyper ou hypopigmentations dans la zone traitée. Ces effets sont « **classiques** » et **temporaires et disparaissent progressivement**.

**Le professionnel m'a explicitement interdit toute exposition au soleil après chaque séance.** Il m'a également signalé d'utiliser obligatoirement une protection solaire de type melan 130 sun protection Mesoestetic (ou toute autre protection de la gamme solaire Mesoestetic) **tous les jours durant au moins 15 jours après le traitement**, ainsi qu'un **produit post-procédure spécifique**.

**4.** Le professionnel m'a également averti qu'il est important de connaître mes antécédents personnels concernant de possibles allergies à des médicaments, des médications actuelles, des antécédents d'herpès facial simple, ou toute autre pathologie actuelle ou en cours de traitement :

.....

**5.** Dans mon cas particulier, ce traitement a été considéré comme étant le plus adéquat, mais il existe d'autres alternatives qui pourraient être indiquées dans d'autres cas, ce dont m'a informé le professionnel.

J'ai compris les explications que l'on m'a fournies dans un langage clair et simple. Le professionnel m'a bien remis la fiche d'information et a répondu à toutes mes remarques et objections et a clarifié tous les doutes que je pouvais avoir.

C'est pourquoi je déclare que je suis satisfait des informations reçues et que je comprends la portée et les risques du traitement.

Je donne mon autorisation pour que les photographies des zones traitées puissent être utilisées par la professionnelle, étant entendu que leur utilisation ne constitue pas une violation de mon droit au respect de la vie privé et de la confidentialité.

Je confirme que les renseignements que j'ai donnés sont véridiques et corrects et que j'ai lu, compris et accepté les informations mentionnées ci-dessus.

Je dégage ici l'esthéticienne qui a effectué le soin, les propriétaires du centre, ses employés et le fabricant du produit de toute réclamation.

Et dans ces conditions, je consens à subir le TRAITEMENT PAR PEELING CHIMIQUE SUPERFICIEL.

À : ..... Le : ..... Signature :