



## FICHE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR TRAITEMENT PAR MICRO NEEDLING

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 MICRO NEEDLING.

Je confirme, concernant le traitement mentionné, que la professionnelle m'a remis la fiche d'information concernant le micro needling en complément de ce consentement éclairé.

Je confirme que la professionnelle m'a expliqué dans le détail et en utilisant des termes que je comprends, les effets secondaires les plus fréquents inhérents au traitement, ainsi que les sensations de gêne que je pourrais ressentir après.

J'accepte que ces effets et complications décrits comme inhérents à ce traitement puissent se produire. Ces effets secondaires peuvent disparaître généralement rapidement sans besoin de traitement supplémentaire.

Je comprends que le but du traitement est d'améliorer mon apparence avec le risque que certaines imperfections persistent et que le résultat ne soit pas celui escompté. À cet effet, je suis informé(e) du fait que le résultat cosmétique du traitement repose sur des facteurs individuels. Je comprends que le résultat peut ne pas être celui escompté pour moi et je reconnais que l'on ne peut absolument pas me donner cette garantie.

J'ai été informée du fait que le nombre de séances qui m'ont été indiquées est donné à titre indicatif car il est impossible de déterminer exactement le nombre de séances de traitements nécessaires pour chaque cas, étant donné les différentes caractéristiques des personnes.

Je m'engage à suivre exactement et au mieux de mes capacités les instructions de la professionnelle avant, pendant et après le traitement susmentionné. Il est de ma responsabilité de respecter ces mesures.

Je confirme ne pas avoir omis ni modifié les données relatives à mes antécédents cliniques et chirurgicaux, en particulier en ce qui concerne les allergies, maladies ou risques personnels.

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 privée et de la confidentialité.

J'ai été informée de mes droits de refuser le traitement ou de révoquer ce consentement éclairé.

Toutes mes questions portant sur les points susmentionnés ont été clarifiées et j'ai totalement compris ce consentement éclairé, et chacun de ses points.

À : ..... Le : ..... Signature :