



## FICHE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ET D'INFORMATION GENESIS

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 GENESIS DE MESOESTETIC.

### DESCRIPTION DU TRAITEMENT :

Le traitement consiste en 2 techniques complémentaires : La **Radio-Fréquence** (=Thermolifting) et la **Mésoporation**.

- La **Radio-Fréquence** (RF) est une forme de diathermie régénérative (principe de thermothérapie produite par des courants sinusoïdaux de haute fréquence appliqué via des électrodes). Ce "**Thermolifting**" est réalisé grâce à différentes radio fréquences: la RF capacitive + lumière LED rouge, la RF capacitive, la RF resistive. **La production importante de chaleur provoque une rétractation des fibres de collagène du derme, resserrant la peau et provoquant la stimulation de collagène neuf.**
- La **Mésoporation** ou électroporation consiste à **rendre les membranes cellulaires perméables en créant des canaux spécifiques** (les électropores) par impulsion de courant oscillo modulé provoquant le changement de polarisation des membranes cellulaires, les rendant plus perméables. **L'assimilation des principes actifs au coeur des cellules est ainsi optimisée.**

Les **objectifs** de ces techniques sont les suivants :

- **Stimulation** des fibroblastes, augmentant la synthèse de collagène et d'élastine, entraînant une **restructuration cutanée et une redensification des tissus.. La qualité de la peau est ainsi améliorée.**
- Permettre une stimulation cellulaire photodynamique par LED en utilisant une lumière visible pour favoriser ou inhiber différents processus cellulaires.
- Modifier la perméabilité cellulaire, facilitant ainsi la **pénétration de principes actifs spécifiques.**

### CONTRE-INDICATIONS :

- Grossesse, allaitement,
- Troubles cutanés actifs, chéloïdes
- Infections localisées, herpès
- Les personnes portant un stimulateur cardiaque métallique, un stérilet, un défibrillateur implantable.
- Les personnes souffrant de maladies auto-immunes,
- Les personnes traitées avec des médicaments photosensibilisants et/ou anticoagulants.



**EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES :**

Au niveau de la zone traitée :

- Érythème,
- Sensation de chaleur, inconfort (tiraillement de la peau)
- Inflammation superficielle.
- Brûlure légère.
- Dermate allergique (à l'un des principes actifs appliqués).

---

JE CONFIRME que, concernant le traitement susmentionné, le professionnel m'a expliqué dans les détails et dans des termes que je comprends, les risques inhérents au traitement, les effets indésirables, ainsi que les sensations de gêne et d'inconfort (tiraillements) que je pourrais ressentir après le traitement.

Dans mon cas particulier, le traitement susmentionné est considéré comme le plus approprié, même si d'autres alternatives pourraient être conseillées et j'ai pu en discuter avec le professionnel.

Merci de nous signaler les autres risques ou complications susceptibles de se produire au vu de votre situation personnelle, de vos allergies, de vos antécédents de santé, de votre profession ou d'autres circonstances :

---

JE COMPRENDS que le but du traitement est d'améliorer mon apparence et qu'il est possible 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 esthétique du traitement repose sur des facteurs individuels. Je comprends que le résultat peut différer de celui escompté et je reconnais que le résultat ne m'a pas été garanti.

J'AI ÉTÉ INFORMÉ(E) du fait que, pour obtenir les résultats escomptés, il est conseillé de **suivre strictement le traitement, à la fois à l'institut et à domicile**. Pour cela, les produits comme l'AOX Ferulic, le Fast Skin Repair, le Couperend, l'Acné One, ou tout autre produit spécifique et ciblé selon mes besoins de la gamme Mesoestetic me seront recommandés.

ON M'A EXPLIQUÉ que je ne dois **pas être exposé(e) au soleil pendant au moins 48 heures après le traitement** et j'ai également été averti(e) de l'importance d'appliquer un écran solaire selon le temps d'exposition, de type Melan 130, ou tout autre produit de la gamme solaire Mesoestetic.

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.

Dans ces conditions, je donne mon **CONSENTEMENT** pour suivre le traitement susmentionné avec Genesis de Mesoestetic.

À : ..... Le : ..... Signature :