



Dr. Nathaniel KHALIFA

*Unité Chirurgicale de la Face et du Cou
Oto - Rhino - Laryngologie
Chirurgie et Médecine Esthétique*

Consentement éclairé

Micro-aiguillage/hémostase et électrocoagulation Potenza

Nom / Prénom :

Date : _____

En tant que patient(e), il est important que vous compreniez les résultats attendus et les risques associés au traitement par micro-aiguillage par radiofréquence avec le système de microaiguillage Potenza.

Veillez lire attentivement ce document.

Avant de signer ce document, veuillez demander à votre médecin, ou au consultant en charge du traitement RF, de vous expliquer toute partie du présent document, ou de l'intervention, que vous ne comprenez pas.

Le système Potenza peut présenter un risque pour les patients porteurs de dispositifs implantables.

Veillez consulter un personnel médical qualifié avant de vous faire traiter avec un appareil à radiofréquence.

Étant donné que la rétroaction du/de la patient(e) est nécessaire pendant une intervention, vous ne devez pas être traité(e) avec le système Potenza si vous êtes insensible à la chaleur dans toute partie de la zone de traitement.

Tous les patients ne doivent présenter aucune infection avant l'application.

L'infection peut accroître le risque de formation de cicatrices. Il est donc important de prendre correctement soin des plaies pour prévenir l'infection.

Si des signes d'infection tels que douleur, sensation de chaleur, cloques ou rougeurs périphériques apparaissent à la suite de l'application, appeler immédiatement le cabinet du médecin.

Les traitements avec le système Potenza n'ont pas fait l'objet d'études chez les femmes enceintes, les patients atteints de maladies auto immunes, de diabète et d'herpès.

Système Potenza

Le traitement consiste en l'application par radiofréquence d'une faible chaleur sur les tissus, à des fins thérapeutiques.

REMARQUE : tous les patients sont différents et les résultats exacts de cette intervention et de ces traitements esthétiques ne peuvent pas être prédits ou garantis.

Pendant le traitement Tous les bijoux et lotions doivent être retirés de la zone de traitement avant l'intervention.

La peau ne doit pas être traitée en présence de coupure, de plaie ou d'infection au risque d'aggraver l'infection ou de provoquer une lésion.

Bien qu'elles soient rares, les brûlures sont possibles.

Un léger inconfort peut être ressenti au cours du traitement. En général, l'inconfort est léger et temporaire pendant l'intervention et il est localisé dans la zone de traitement.

Au cours du traitement, vous devrez être en mesure de faire part de vos réactions à la personne qui effectue le traitement. En outre, si vous êtes insensible à la chaleur dans toute partie de la zone de traitement, vous ne devez pas recevoir de traitement.

Une réaction insuffisante ou incomplète peut entraîner des brûlures ou des lésions.

Le/la patient(e) doit fournir une réaction continue à la personne effectuant le traitement pour éviter tout inconfort excessif.

Après le traitement Des études indiquent que les effets secondaires possibles du système Potenza sont en général liés au site du traitement et comprennent un léger inconfort pendant l'intervention localisée dans la zone de traitement.

Un léger gonflement et des rougeurs peuvent se produire ; ils disparaissent en général en 2 à 24 heures.

Il est recommandé d'appliquer des produits hydratants et apaisants sur la peau après le traitement.

D'autres facteurs de risques associés aux traitements cutanés par radiofréquence pourront être identifiés.

Les résultats des traitements RF par échauffement tissulaire administrés conjointement avec d'autres traitements n'ont pas fait l'objet d'études et sont inconnus.

On m'a expliqué qu'il s'agit d'une procédure cosmétique qui n'est pas couverte par mon assurance santé. On m'a expliqué que plus d'un traitement peut être recommandé pour obtenir de meilleurs résultats. Comme mentionné précédemment, les résultats ne sont pas garantis et l'intervention ne fera l'objet d'aucun remboursement.

Ma signature ci-dessous signifie que le médecin ou le consultant a répondu à toutes mes questions. Je comprends les risques, les complications, les résultats attendus et les frais associés aux traitements.

J'ai lu et compris ce document et je consens à recevoir le traitement avec le système Potenza.

Nom : Prénom (en lettres d'imprimerie) _____

Date _____

Signature :

Nom du médecin (en lettres d'imprimerie) : DOCTEUR KHALIFA

Date _____

Signature :

*Consultation de médecine esthétique et Laser
Clinique Honore CAVE
406 bd Montauriol 82017 Montauban
05 82 73 11 11
esthetique@docteur-khalifa.fr*