

## **CONSENTEMENT SOIN PLASMA LIFT**

**Je soussigné (e) NOM :** ..... **PRÉNOM :** .....

Accepte recevoir l'acte esthétique Plasma Lift choisi ou préconisé.

-Je comprends qu'une seule procédure ne supprimera pas complètement tous mes problèmes de peau et que des résultats optimaux peuvent nécessiter plusieurs traitements (3 traitements recommandés espacés de 12 semaines).

-Je comprends que la réponse de chaque personne variera en fonction de son type et état de peau, de la zone traitée et des soins de suivi.

-Je comprends que des produits de soin post-traitement me seront préconisés et nécessaires pour soigner ma peau, donc engendrer des coûts supplémentaires.

-J'avoue :

Ne pas souffrir de diabète, de maladies auto-immunes, de troubles cardiaques incontrôlés.  
Ne pas être sous traitement dermatologique ROACUTANE, et que je ne l'ai pas utilisé au cours de l'année.

Ne pas avoir d'antécédents de formation de cicatrices chéloïdes ou de mauvaise cicatrisation.

Ne pas être enceinte.

Ne pas allaiter.

Ne pas porter de stimulateur cardiaque type pace maker.

Ne pas porter d'implants métalliques.

Ne pas souffrir de maladies de peau (eczéma, psoriasis, cancer, dermatoses divers...)

Ne pas souffrir de conjonctivite.

-Je comprends que si j'ai déjà eu dans ma vie, des boutons de fièvre (Herpès HSVI) dans la même région que l'intervention Plasma Lift, je dois commencer une prophylaxie antivirale une semaine avant de commencer le traitement.

-Je comprends que si mon type de peau est de 4, 5 ou 6, ce traitement ne peut pas me convenir.

-Je comprends demander un avis médical avant ce traitement et la prescription d'une crème anesthésiante type EMLA.

-Je comprends consulter le praticien avant le traitement.

-Je comprends utiliser les produits post-soin qui me seront préconisés avec assiduité et répondre aux règles d'hygiène associées.

-Je comprends ne pas m'exposer au soleil durant la présence des croûtes.

-Je comprends ne pas arracher ni gratter les croûtes.

-Je m'engage à signaler tout symptôme, en cas de survenue avant ou après l'acte.

-J'affirme avoir eu l'occasion de poser toutes les questions et de demander des éclaircissements sur le soin et ses procédures, les effets secondaires.

### **Effets secondaires :**

La nature et la procédure Plasma Lift m'ont clairement été expliquées. Je comprends que toutes procédures peuvent impliquer des risques dans une certaine mesure. Les effets secondaires peuvent inclure, sans s'y limiter :

-Douleur : La plupart des personnes ressentent une gêne liée à la chaleur pendant le traitement. Il s'agit d'un inconfort temporaire pendant la procédure et localisé dans la zone de traitement.

-Rougeur et gonflement : Les traitements Plasma Lift provoquent divers degrés de rougeur et de gonflement dans la zone traitée. Ces effets secondaires courants durent de plusieurs jours à quelques semaines selon l'agressivité du traitement.

-Démangeaisons : Cela peut survenir dans le cadre du processus normal de cicatrisation ou d'une dermatite de contact.

-Changement de pigments : Pendant la phase de guérison, la zone traitée peut sembler plus sombre, c'est ce que l'on appelle « l'hyperpigmentation post-inflammatoire ». Cette phase appartient à une réaction cutanée normale aux blessures. Cette pigmentation s'estompe au bout de 3 à 6 mois.

-Hypopigmentation : Chez certaines personnes qui subissent des changements de pigments, la zone traitée perd la pigmentation et devient une couleur plus claire que la peau voisine. Ce type de réaction peut être permanent, mais disparaît généralement en 1 à 2 mois.

-Ampoules (plyctènes), croûtes : Les brûlures dans les couches supérieures de la peau (épiderme) peuvent occasionnellement causer des cloques ou brûlures et la formation de croûtes (crotelles). Les cloques disparaissent en 2 à 4 jours, les crotelles de 7 à 10 jours.

-Cicatrices : Les cicatrices sont une possibilité en raison de la perturbation de la surface cutanée, d'où une cicatrisation.

### **Garantie / remboursement :**

En signant ce formulaire de consentement éclairé, je reconnais qu'aucune garantie quant au résultat final n'a été faite. Je comprends que des traitements supplémentaires peuvent être nécessaires pour l'obtention du résultat souhaité. Par ailleurs, aucun remboursement n'est accordé pour quelque soit la raison. Le prix de la consultation pré-traitement sera déduite du soin Plasma Lift. Pas d'encaissement de chèque en plusieurs fois, ni de crédit accordé.

Par ma signature, je déclare remplir les conditions précédemment mentionnées, pour la réalisation du traitement Plasma Lift pratiqué par Olivier DESCHAMPS et je suis ainsi informé (e) (verbalement et par écrit), qu'aucune garantie ne peut m'être offerte car les résultats et effets secondaires varient d'une personne à l'autre. J'ai été informé (e) (verbalement et par écrit), de manière adéquate de la nature de mon état, de la procédure, des bénéfices attendus de ce traitement, des risques encourus, des méthodes alternatives et les risques à ne pas traiter mon état. Je consens par cette présente, dégager le praticien de toute responsabilité associée à cette procédure.

Fait à .....

Le : .....

Signature précédée de la mention « JE CONSENS LIBREMENT ET VOLONTAIREMENT ME FAIRE PRATIQUER LE SOIN PLASMA LIFT »

.....  
.....

**SIGNATURE CLIENT (E)**

**LE PRATICIEN**, Olivier DESCHAMPS  
Phyto-aromathérapeute, certifié en  
Naturopathie, Esthéticien et formateur

Document rédigé et signé en deux exemplaires