

## Consentement éclairé injection de produits de comblement

Je soussigné(e) ....., certifie qu'au cours d'une consultation avec le Docteur Fahd Benslimane, j'ai reçu des informations claires et détaillées sur la nature de l'acte qui consiste à injecter de l'acide hyaluronique au niveau de certaines régions de mon visage.

Le Dr Benslimane m'a prévenu des risques et des complications liées à cet acte médical et d'éventuels effets secondaires: telles que les réactions inflammatoires cutanées (ex. : rougeurs, tuméfactions, érythèmes) peuvent se produire après l'injection. Elles peuvent être associées à des irritations ou des douleurs lors de l'application ou de la pression. Ces réactions peuvent durer jusqu'à une semaine. Quelques rares cas d'abcès (formation de pus), de granulomes (réaction à un corps étranger) et d'hypersensibilité immédiate ou différée (réaction allergique ou immunitaire) ont également observés après l'injection d'acides hyaluroniques.

Je comprend et accepte qu'il existe un certain pourcentage de complications et de risques tenants aussi bien aux injections que je dois subir qu'à des réactions individuelles imprévisibles, voir même des complications inconnues.

J'ai pleinement compris et accepte que:

Que le Dr Benslimane exerce son meilleur talent et jugement en qualité de médecin et chirurgien, mais qu'en aucun cas il ne garantie, assure ou fait un contrat quant au résultat de l'acte exercé.

Aucun remboursement ou arrangement avec contres-parties de cet acte ne sera effectué

J'ai pleinement copris et m'engage à appliquer les recommandations post-traitement suivantes :

Les expressions faciales difficiles, la consommation d'alcool et l'application de maquillage sont déconseillées pendant 12 heures après le traitement.

Je dois éviter les expositions prolongées au soleil, aux rayons UV, aux températures très froides et les saunas pendant deux semaines après le traitement.

Je dois éviter toute activité et tout exercice physique pendant 24 heures, Je dois éviter de masser la zone de traitement.

Je consens par conséquent à recevoir le traitement décrit par mon médecin traitant.

Je donne mon autorisation pour être photographié dans un but diagnostic et de documentation médicale. Ces documents ne pourront être utilisés qu'à des fins scientifiques lors de réunions médicales de formation, de recherche ou de publications scientifiques, en excluant toute autre publication en particulier de publicité.

Date :

Nom et Prénom :

**Signature patient(e) précédée de la mention « lu, compris et approuvé » :**

Témoin :