



Cachet :

CONSENTEMENT ECLAIRE PATIENT

1. L'utilisation, les indications, contre-indications et éventuels effets indésirables des fils esthétiques Spring Thread® m'ont été expliqués.
2. J'ai répondu en toute franchise à l'ensemble des questions concernant mes antécédents médicaux et esthétiques.
3. J'ai pu poser toutes les questions que je souhaitais et des réponses satisfaisantes m'ont été apportées.

Par ailleurs, j'ai bien noté que :

- ✓ Les fils esthétiques Spring Thread® sont des **fils permanents** composés d'une âme en polyester recouverts de silicone implantable. Ils sont stériles, d'origine non humaine et non animale et implantés dans le derme pour aider au soutien des tissus. Ils servent à repositionner les structures et constituent une aide contre le vieillissement cutané et sous cutané.
- ✓ Les fils esthétiques Spring Thread® assurent une tenue variable de 1 à 5 ans. Cette tenue varie en fonction du type de peau et de tissus, des zones d'implantation, du nombre de fils posés et du niveau de vieillissement du patient.

J'ai bien été informé(e) qu'après la pose des fils esthétiques :

- ✓ Des rougeurs, œdèmes, douleurs légères, migraines, peuvent survenir, ils disparaissent généralement dans les 72 heures.
- ✓ Une perception du produit sous la peau est possible.
- ✓ Une asymétrie de correction peut être constatée ainsi qu'un aspect plissé temporaire.
- ✓ Des lésions des éléments anatomiques nerveux ou vasculaires environnants sont possibles.
- ✓ La persistance de réaction inflammatoire au-delà d'une semaine ou l'apparition de tout autre effet secondaire doit être signalée au praticien dans les meilleurs délais. Le praticien devra y remédier par un traitement approprié. Dans tous les cas, ces effets secondaires peuvent nécessiter, pour disparaître un traitement à plus ou moins long terme.

J'ai pris connaissance des recommandations post opératoires et je m'engage à les suivre.

La procédure m'ayant été clairement expliquée, je consens à la pose de fils esthétiques Spring Thread®.

Nom du patient (*en majuscules*)

Nom du médecin (*en majuscules*)

Date et signature du patient

Date et signature du médecin

Nom de la Clinique :