



DOCTEUR  
Denis ROGER

## CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ CONCERNANT UN ACTE MÉDICAL À VISÉE ESTHÉTIQUE

### LE DOCTEUR ROGER Denis Dermatologue

Compétence de façon exclusive en dermatologie vénéréologie délivrée par le Conseil national de l'Ordre des Médecins de la Haute Vienne

No inscription à l'Ordre des Médecins : 10003982732

Possesseur d'une assurance en responsabilité civile professionnelle en dermatologie vénéréologie et lasers dermatologiques.

ISO 9001  
BUREAU VERITAS  
Certification



*Le présent document a pour objet de donner à la personne examinée toutes les informations pratiques utiles à sa prise de décision concernant l'acte envisagé exposé ci-dessous :*

## PEELING NOON

Je soussigné(e) Madame/ Monsieur : \_\_\_\_\_

Âge: \_\_\_\_\_ ans

Adresse: \_\_\_\_\_

### DECLARE

Que le docteur \_\_\_\_\_ m'a expliqué que dans mon cas, il est recommandé de procéder à un protocole de peelings **NOON** : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indiqué dans le traitement de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mon médecin m'a expliqué que, pour obtenir de meilleurs résultats, la répétition du traitement peut être nécessaire. Il se déroule habituellement en plusieurs séances espacées de 2 à 3 semaines. Le nombre de séances nécessaires sera évalué par mon médecin. Il est recommandé de faire environ entre 3 à 5 séances.

Les peelings **NOON** utilisent la technologie **DermShieldTM** qui permet de réduire le risque d'inconfort pendant le traitement et les effets indésirables.

### LES CONTRES INDICATIONS DU TRAITEMENT PEELING SONT :

Il est important de connaître mes antécédents personnels concernant de possibles :

- Allergies à des substances contenues dans les produits NOON
- Traitement anti-cancéreux
- Herpès facial actif
- Cicatrices récentes
- Femme enceinte ou allaitement
- Maladies de peaux, inflammations sur les zones traitées.

### LES RECOMMANDATIONS PRÉ-PEELING

Il est recommandé de préparer la peau 15 jours avant le peeling avec les produits recommandés par le médecin.

\_\_\_\_\_

### LES RECOMMANDATIONS POST-PEELING :

Il est interdit de s'exposer au soleil après chaque séance et il est obligatoire d'appliquer une protection solaire SPF 50

\_\_\_\_\_ tous les jours durant minimum 1 mois après le traitement.

Dès le lendemain du peeling, il est important de bien hydrater sa peau tous les jours matin et soir avec les produits

NOON suivant la recommandation par mon médecin \_\_\_\_\_

## PEELING NOON

### LES SUITES POSSIBLES APRÈS LE TRAITEMENT PEELING :

Même si la technique a été correctement choisie et réalisée, des effets secondaires peuvent apparaître tels que : brûlure, démangeaison, érythème, desquamation légère, croûtes, éruptions acnéiformes, hyper ou hypopigmentations dans la zone traitée.

Des sensations de picotement ou de brûlure peuvent être ressenties pendant le peeling. Elles disparaissent normalement à l'application du neutralisant. Les peelings peuvent induire un érythème (rougeur) minime à modéré et transitoire (quelques minutes à 3 heures maximum), c'est un phénomène normal.

Des manifestations telles qu'un œdème, un érythème, une rougeur persistante, une desquamation ou un changement de la pigmentation peuvent apparaître pendant le traitement.

Stopper l'application si tel est le cas. En cas de persistance de ces manifestations (au-delà de 72h) une consultation est à prévoir avec votre médecin.

Dans mon cas particulier, ce traitement a été considéré comme étant le plus adéquat, mais il existe d'autres alternatives qui pourraient être indiquées dans d'autres cas, ce dont m'a informé le médecin.

J'ai compris les explications que l'on m'a fournies dans un langage clair et simple. Le médecin qui m'a reçu a répondu à toutes mes remarques et objections et a clarifié tous les doutes que je pouvais avoir.

Je comprends également que je peux, à tout moment et sans avoir à donner la moindre explication, révoquer le consentement que je donne maintenant. C'est pourquoi je déclare que je suis satisfait des informations reçues et que je comprends la portée et les risques du traitement.

Je confirme que les renseignements que j'ai donnés sont vrais et corrects et que j'ai lu, compris et accepté les informations mentionnées ci-dessus.

Je dégage ici le médecin et ses employés et le fabricant du produit de toute réclamation, et dans ces conditions, je consens à subir le traitement **NOON** et je m'engage à suivre les recommandations et le protocole de soin remis par le professionnel.

Patient (Nom, Prénom) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature :

### CERTIFICAT DE CONSENTEMENT (établi en double exemplaires)

Je soussigné(e) M ou Mme \_\_\_\_\_ certifie avoir lu et compris toutes les informations contenues dans ce document, et autorise le docteur ROGER à pratiquer un traitement de peeling NOON sur ma personne ou sur la personne de mon enfant (pour un patient mineur).

Coût de la séance : €

Fait le :

**Devis valable 6 mois**

Signature du docteur Roger

Signature du patient (ou d'un des parents pour un patient mineur) , précédé de l'annotation manuscrite lu et approuvé