

CONSENTEMENT MUTUEL PEELING

Document réalisé en vue de séances de peeling pratiquées par le Dr

A son (sa) patient (e) :

adresse :

La décision de l'acte esthétique de peeling est prise d'un commun accord entre :

Le patient qui exprime un désir, s'informe et consulte dans le but de se faire traiter, et le Docteur qui lui explique les possibilités techniques propres à son cas particulier, les modalités et les aléas d'un peeling.

Ce commun accord nécessite, une fois la décision prise, un suivi médical régulier qui permet au praticien de mettre à la disposition de son patient tous les moyens techniques dont il dispose pour la surveillance et la cicatrisation.

Les aléas post-peeling, s'ils surviennent, pourront être traités au mieux. Au même titre que la décision opératoire est commune, toute responsabilité inhérente à son évolution et à ses suites, l'est aussi.

Il est convenu comme suit,

1. Je reconnais que j'ai pu vous poser toutes les questions concernant cet acte et que j'ai pris note qu'il existe une imprévisibilité de durée et d'aspects tels que : efficacité, cicatrisations, réactivité psychologique, ainsi que risques exceptionnels voire même inconnus.
2. Vous m'avez informé des bénéfices attendus de cet acte et aussi expliqué quelles étaient les autres méthodes possibles ainsi que leurs avantages et leurs inconvénients.
3. Je vous confirme que vous m'avez exposé les suites inhérentes à tout peeling : œdème, roseur, desquamation plus ou moins importante selon l'intensité du givrage obtenu, tiraillements, picotements, sensations de brûlure, et j'ai pris note qu'il ne fallait pas tirer sur les squames.
4. Je reconnais que, d'un commun accord, nous sommes convenus d'un délai minimum de 15 jours à respecter entre la consultation et l'intervention éventuelle et que, dans cet intervalle, vous êtes à ma disposition pour répondre à toute interrogation et à celles de mon médecin traitant.
5. Je m'engage expressément à me rendre à vos consultations et à me soumettre à tous les soins et recommandations que vous me prescrirez en pré et post-acte.
6. J'ai informé le médecin de mes allergies connues, ainsi que mes traitements en cours.
7. Je vous confirme ne pas utiliser de Vitamine A acide, Adapalène Peroxyde Benzoylé ni avoir de lésions cutanées ou irritations chroniques.

Je vous fais confiance pour utiliser tous les moyens à votre disposition pour approcher le résultat souhaité.

Je prends bonne note qu'une éviction solaire de 1 à 2 mois est obligatoire après le peeling.

En cas d'exposition solaire, utiliser un écran total indice 50+ pendant un mois au moins.

Ce peeling nécessite une préparation de peau à effectuer 15 jours minimum avant l'acte au cabinet de dermatologie.

Fait à , le

PATIENT :