



VENUS LEGACY

Consentement éclairé

Madame, Monsieur,

Ce formulaire de consentement est établi par votre médecin/chirurgien afin de vous informer sur les avantages, les risques et les alternatives de traitement associés au Venus Legacy.

Il vous est présenté lors de votre première consultation, mais ne se soustrait pas à l'avis personnalisé de votre médecin, ni aux questions complémentaires que vous pourriez vous poser.

Nous vous remercions de bien vouloir lire attentivement ce formulaire, et le signer en deux exemplaires, dont l'un vous sera remis.

INTRODUCTION

Les traitements dispensés avec l'appareil Venus Legacy sont non chirurgicaux, et allient de la radiofréquence non fractionnée à des champs électromagnétiques pulsés, ainsi que l'option d'aspiration séquentielle.

Ce dispositif est destiné à raffermir la peau, lisser l'aspect de la cellulite, réduire la circonférence et atténuer les rides.

Venus Legacy délivre des ondes de radiofréquence et des champs électromagnétiques pulsés au niveau du tissu cutané pour endommager le collagène existant et provoquer une réaction de guérison du corps.

Une fois le collagène endommagé, le corps commence « à réparer » en remplaçant le collagène endommagé par un nouveau collagène.

La radiofréquence stimule la production de nouveaux fibroblastes, les « travailleurs », augmentant ainsi la quantité de collagène dans l'épiderme.

Cette réponse naturelle de cicatrisation lisse la peau, atténue les rides et ridules ainsi que les cicatrices d'acné, améliore l'aspect de la cellulite et des vergetures.

Selon la température thérapeutique atteinte lors du traitement, la radiofréquence agira également sur la stimulation du tissu adipeux, permettant de déclencher la lipolyse. La fonction Varipulse du Legacy (stimulation mécanique tissulaire) favorisera le drainage et l'élimination des acides gras.

Les champs électromagnétiques pulsés augmentent la vascularisation de la peau, et créent de nouvelles voies pour la circulation sanguine. Cette capillarisation permet d'amener plus d'oxygène et de nutriments au niveau de la peau

Avantages potentiel du Venus Legacy

Le Venus Legacy améliore la texture de la peau et son apparence. Vous avez pu constater les différents résultats possibles sur les photos avant/après. Il est important de noter que les résultats varient d'une personne à l'autre, et que ces photos ne garantissent pas le résultat final de chaque traitement.

Réactions liées au Venus Legacy

Chaque procédure cosmétique implique un très faible pourcentage de risque d'effets secondaires, et bien qu'extrêmement rares, il est important de le souligner.

Voici les principaux effets recensés .

- ✓ **Gonflement – œdème** ces réactions inflammatoires sont communes, et se résolvent en quelques jours.
L'œdème peut survenir immédiatement après le traitement voire quelques jours après le traitement. N'hésitez pas à vous rapprocher de votre médecin si vous êtes concerné.

D'autres complications et risques peuvent se produire mais sont encore plus rares.

En cas de complications, votre praticien vous proposera un traitement approprié. La pratique de la médecine et de la chirurgie n'est pas une science exacte. Bien que de bons résultats soient attendus, il n'y a aucune garantie ou assurance, expresse ou implicite, quant aux résultats qui peuvent être obtenus.

Paraphe du patient: _____ Date: _____

Contre-indications liées au Venus Legacy

Bien qu'elles soient peu nombreuses, il existe tout de même plusieurs contre-indications au traitement par radiofréquence. Si l'une d'entre elles s'applique à vous, signalez-le à votre médecin, qui vous proposera une solution de traitement alternative.

- ✓ Pacemaker, pompe à insuline, implants électroniques
- ✓ Plaques, vis, prothèses métalliques (*pas de RF sur ces zones*)
- ✓ Plaies ouvertes
- ✓ Infections cutanées
- ✓ Thrombophlébite
- ✓ Varicosités, varices importantes, couperose importante (*pas de RF sur ces zones*)
- ✓ Fièvre
- ✓ Maladie auto-immune (ex : Lupus sous-jacent)
- ✓ Traitement anticoagulant, vasodilatateur, ou photo sensibilisant
- ✓ Cancer, chimiothérapie
- ✓ Grossesse, allaitement (*contre-indication de principe*)
- ✓ Injections de collagène sur la zone traitée (la chaleur dénature la molécule de collagène)
- ✓ Fils tenseurs non résorbables
- ✓ Implants en silicone (menton, pommettes)

Alternatives au Venus Legacy

Le praticien vous a énuméré toutes les alternatives au traitement Venus Legacy disponibles dans son cabinet.

Assurance maladie

Les interventions de médecine esthétique, ayant pour objectif l'amélioration esthétique pour raison de confort personnel, ne sont pas prises en charge par l'Assurance Maladie.

Responsabilités Financières

Vous serez responsable de tous les paiements nécessaires. Des frais supplémentaires peuvent survenir en cas de complications suite aux traitements. Il n'y a pas de remboursement une fois qu'un traitement a été effectué.

Désistement

Le médecin vous a informé des bénéfices attendus de ce traitement, mais aussi des risques de résultats incomplets ou décevants, nécessitant un complément de traitement. Vous avez donc compris qu'un résultat n'est jamais garanti d'avance, même avec les technologies les plus fiables.

Les explications fournies l'ont été en termes suffisamment clairs pour vous permettre d'arrêter votre choix en faveur du traitement proposé parmi d'autres alternatives thérapeutiques.

Vous êtes libre de renoncer à ce traitement.

Paraphe du patient: _____ Date: _____



VENUS LEGACY

Consentement éclairé du patient à la procédure/traitement

Je soussigné(e)....., né(e) le.....

Confirme avoir été informé(e) par le Dr, dans le détail, de l'ensemble des informations spécifiques au traitement dont je dois bénéficier, à savoir :

Traitement Venus Legacy

- ✓ J'autorise le Dr....., et/ou ses assistants à effectuer le traitement.
- ✓ Je reconnais qu'au cours du traitement, des conditions imprévues peuvent nécessiter des procédures différentes de celles énumérées ci-dessus, et j'autorise d'ores et déjà le médecin et/ ou ses assistants à effectuer tout acte jugé nécessaire
- ✓ Je consens au(x) procédé(s) anesthésique(s) estimé nécessaires ou souhaitables
- ✓ Dans le cadre des exigences du Dr..... mon dossier peut être soumis à l'examen d'un pair pour le contrôle de sa qualité.
- ✓ Je reconnais qu'aucune garantie n'a été donnée quant aux résultats qui peuvent être obtenus.
- ✓ Je consens à la photographie ou la télédiffusion de la procédure(s) effectué, y compris les parties appropriées de mon corps, à des fins médicales, scientifiques ou d'enseignement, à condition qu'ils ne révèlent pas mon identité. Ces photos et vidéos peuvent être utilisées à des fins médicales, publicitaires, ou de promotion et de relations publiques.
- ✓ Je consens à l'admission d'observateurs lors du traitement, dans un but pédagogique.
- ✓ Il m'a été expliqué par mon médecin et/ou assistants de manière claire et compréhensible :
 - le traitement proposé ci-dessus
 - les autres traitements possibles
 - les risques et complications possibles
- ✓ J'ai compris que ce document n'est pas une décharge de responsabilité, mais un véritable contrat moral, afin de vérifier ma totale compréhension sur les données essentielles de ce traitement.

Date de remise des documents:/...../.....

par le Dr

Date de signature par le patient:/...../.....

Signature du patient * :

* Signature précédée de la mention manuscrite: "lu, approuvé et compris, j'accepte le traitement".