

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ**TRAITEMENT AVEC LE PRODUIT DE COMPLEMENT DERMIQUE MESOHYAL® DE MESOESTETIC**

Je soussigné(e), M./Mme _____, né(e) le ___/___/___, demeurant à _____ et titulaire du DNI _____, suis intéressé(e) à réaliser le traitement avec le produit de comblement dermique MESOHYAL®.

Je DÉCLARE que les informations suivantes m'ont été expliquées :

- mesohyal® est une gamme de produits de comblement dermiques administrés par des injections intradermiques. Ces produits peuvent être indiqués pour des traitements du visage et/ou du corps :
 - Dans le cadre des traitements du visage et du cuir chevelu, mesohyal® est indiqué pour la correction et le traitement du vieillissement cutané, des ridules et des dépressions cutanées, des cicatrices, du relâchement cutané, de la dévitalisation du tissu du cuir chevelu. Sa concentration élevée en acide hyaluronique non réticulé nourrit et hydrate intensément la peau de la zone traitée, en favorisant la réparation, le raffermissement, la revitalisation et la restructuration du tissu cutané.
 - Dans le cadre des traitements du corps, mesohyal® est indiqué pour le traitement réducteur des amas graisseux, favorise le drainage lymphatique et aide à réduire la perméabilité capillaire. Sa concentration élevée en acide hyaluronique non réticulé nourrit et hydrate intensément la peau de la zone traitée, en favorisant la réparation des tissus vieillis par la cellulite, même en cas de surcharge pondérale.
- Mesohyal® est une gamme de produits stériles qui ne doit être utilisée que par ou sous le contrôle de médecins spécialisés dans les techniques d'injection pour le comblement des rides du visage, ainsi que dans les techniques d'injection intradermique ou de mésothérapie.
- Mesohyal® est une gamme de produits de santé longue durée parce qu'ils demeurent dans le corps un peu plus de 30 jours pour être ensuite absorbés par celui-ci.
- Les zones indiquées pour le traitement par mesohyal® sont les suivantes : visage, cou, décolleté, dos des mains, bras, dos, abdomen, zone péri-ombilicale, cuisses, mollets, fesses, culotte de cheval et cuir chevelu.
- Contre-indications : la gamme mesohyal® NE doit PAS être utilisée dans les cas suivants :
 - Conjointement avec un traitement au laser, un peeling chimique ou des traitements dermabrasifs.
 - Femmes enceintes ou allaitantes.
 - Patients présentant toute maladie ou altération cutanée.
 - Patients ayant des antécédents de maladies auto-immunes ou recevant des immunosupresseurs ou une immunothérapie.
 - Patients présentant une hypersensibilité ou une allergie connue à l'un des composants du produit.
 - Patients souffrant d'acné et/ou d'autres maladies inflammatoires en phase active.
 - Ne pas appliquer sur des zones ayant déjà été traitées avec un produit de comblement permanent ou un implant non résorbable.
- Précautions :
 - Éviter de toucher la zone traitée jusqu'à au moins 12 heures après le traitement.

- Éviter l'exposition au soleil, aux rayons UV et aux conditions extrêmes de chaleur et de froid pendant au moins une semaine après le traitement.
- Possibles effets indésirables :
 - Réactions liées à l'injection, pouvant durer jusqu'à une semaine : inflammation, œdème léger, érythème, gonflement, douleur, démangeaison et/ou hématome au site de l'injection.
 - Nodules ou durillons au site de l'injection.
 - Plus rarement : nécrose, formation d'abcès, granulomes et hypersensibilité.

La persistance de toute réaction inflammatoire au-delà d'une semaine ou l'apparition de toute autre réaction indésirable devra être immédiatement signalée au médecin responsable, qui devra prescrire le traitement approprié et informer immédiatement le fabricant.

Par ailleurs, j'ai également été informé des aspects suivants :

- Le type et les caractéristiques du traitement auquel je vais me soumettre, ainsi que les risques et les complications susceptibles de survenir, m'ont été expliqués de façon compréhensible.
- Je suis également conscient du fait que la médecine n'est pas une science exacte. Des garanties ou une sécurité absolue ne peuvent m'être données quant aux résultats du traitement.
- Il est important de connaître mes antécédents d'allergies à des médicaments, mes traitements actuels, mes antécédents d'herpès du visage, mes antécédents personnels ou familiaux de chéloïdes ou toute autre circonstance, car des risques ou des complications peuvent apparaître ou exister après le traitement en raison de mes antécédents, de mon état de santé préalable, de mon âge, de ma profession, etc.
- Dans mon cas particulier, il a été jugé que le traitement indiqué est le plus approprié, bien qu'il puisse exister d'autres alternatives qui seraient indiquées dans un autre cas et que j'ai eu la possibilité de commenter avec le professionnel.
- D'autres risques ou complications susceptibles d'apparaître compte tenu de mes antécédents, de mon état de santé préalable, de mon âge ou de ma profession sont les suivants : _____

Je déclare également que les éléments de mon dossier médical sont corrects et que je n'ai omis aucun aspect à prendre en considération sur lequel j'ai été interrogé.

Dans ces conditions, JE DONNE MON CONSENTEMENT POUR :

- Que le Dr _____ et son équipe réalisent le traitement avec le produit de comblement dermique MESOHYAL® de mesoestetic®.
- Tous types d'explorations complémentaires, ainsi que pour la réalisation de toute modification et la prise de toute mesure jugée opportune pendant le traitement.

À _____, le _____ 2_____

LOGO

mesoestetic[®]

Signature : l'intéressé/le représentant légal

Signature : le/la professionnel(le)

TEXTE POUR LA LOI RELATIVE À LA PROTECTION DES DONNÉES (à adapter à la législation en vigueur du pays)