

Mommy Bloom[®]

CONSENTEMENTS ÉCLAIRÉS

L'UNIQUE PROTOCOLE QUI SUBLIME
VOTRE SILHOUETTE EN POST-PARTUM

ÉTAPE 1 - VOLUME



CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ À LA CRISTAL PRO®

Le principe de la cryolipolyse CRISTAL PRO® est de pratiquer une aspiration soutenue des tissus tout en diffusant de manière contrôlée du froid à la surface de la peau. Cette technique amène une réduction de la masse grasseuse au niveau de la zone ciblée. Ce n'est pas une solution de perte de poids et cela ne remplace pas les méthodes traditionnelles telles que la liposuction. Un patient en surpoids doit attendre une moindre amélioration que celui possédant de plus petits amas grasseux. Des études cliniques ont démontré que la cryolipolyse CRISTAL PRO® détruit de manière naturelle les cellules grasseuses. Cependant, comme pour la plupart des techniques, les résultats varient d'un individu à un autre.

EFFETS OBSERVÉS

- Le phénomène d'aspiration peut provoquer des sensations de traction, de profonds tiraillements et de pincements légers. Vous pouvez aussi ressentir un froid intense, des picotements, des sensations de piqûre, des douleurs ou des crampes au début du traitement. Ces sensations cessent généralement lors de l'engourdissement de la zone traitée en cours de traitement.
- La zone traitée peut présenter un aspect rigide (observé et ressenti) ainsi qu'une rougeur localisée à la suite du traitement. Un blanchissement passager de la peau et/ou une légère ecchymose peuvent être observés ainsi qu'une sensation cuisante, de picotements et de gelure. Il est possible de ressentir des nausées, des vertiges et des étourdissements pendant ou après le traitement, votre corps réagissant au traitement. Ces réactions sont normales et disparaissent généralement en quelques minutes ou quelques heures.
- Des bleus, un gonflement, et une sensibilité/insensibilité peuvent apparaître sur la zone traitée ainsi qu'une rougeur de la peau qui peut persister plusieurs heures après le soin. Une induration sous-cutanée, des nodules accompagnés de douleur et/ou d'inconfort ainsi qu'une hyperpigmentation avec coloration foncée de la peau peuvent apparaître sur le site ou au bord de la zone de traitement.
- Vous pouvez ressentir une perte de sensibilité au niveau de la zone traitée pendant plusieurs semaines après le traitement. D'autres changements peuvent être observables incluant rougeur, ecchymose, fortes démangeaisons, fourmillements, engourdissement, sensibilité au toucher, douleurs de la zone traitée, fortes crampes et contractions musculaires douloureuses.
- Les effets diffèrent selon les patients et une apparition tardive (1 à 2 semaines après le traitement) des effets mentionnés précédemment peut être observée.
- Des brûlures peuvent aussi être observées chez certains patients ainsi qu'une coloration brune de la peau, une rigidité et une hypoesthésie ou déformation de la zone traitée. Une intervention chirurgicale peut être requise pour corriger cette déformation. Des douleurs d'apparition tardive peuvent également survenir.
- Des malaises vasovagaux peuvent survenir pendant ou immédiatement après le traitement de cryolipolyse.
- Une hyperplasie adipeuse paradoxale (HAP) peut survenir 2 à 9 mois après le traitement. L'HAP correspond à une augmentation du volume des tissus grasseux traités. Dans ce cas, contactez-nous immédiatement.
- Contactez-nous immédiatement si des effets secondaires mentionnés ou non mentionnés apparaissent, ou si les symptômes persistent.
- Vous pouvez observer des résultats dès 4 à 6 semaines après le traitement par cryolipolyse et les résultats les plus importants après trois mois. Votre corps continuera par la suite à éliminer naturellement les cellules grasseuses détruites jusqu'à quatre mois après le traitement.
- Il est possible d'effectuer plusieurs séances jusqu'à obtention du résultat souhaité.

J'ai pris connaissance des risques et des effets secondaires existants et du fait que d'autres non connus peuvent apparaître.

Nom :

Signature :

Date :

ÉTAPE 1 - VOLUME



**CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ
À LA CRISTAL PRO®**

PRÉSENTEZ-VOUS UNE OU PLUSIEURS DES CARACTÉRISTIQUES SUIVANTES ?

Merci d'entourer la réponse. Contre-indications formelles :

Si une des réponses entourées est « OUI », vous ne pourrez pas être traité(e) par cryolipolyse.

Cryoglobulinémie	Oui / Non
Hémoglobinurie paroxystique à froid	Oui / Non
Maladie des agglutinines froides	Oui / Non
Sensibilité connue au froid telle que l'urticaire au froid	Oui / Non
Hernie au niveau ou à proximité du site de traitement	Oui / Non
Grossesse et allaitement	Oui / Non
Sensibilité connue au froid comme la maladie de Raynaud, engelures	Oui / Non
Circulation périphérique altérée dans la zone à traiter	Oui / Non
Désordres neuropathiques ou atteinte neurologique, douleur nerveuse (névralgie post-herpétique ou névralgie diabétique)	Oui / Non
Affections cutanées (eczéma, dermatites, éruptions cutanées, plaies ouvertes ou infectées)	Oui / Non
Troubles de la coagulation ou utilisation simultanée d'anticoagulants	Oui / Non
Chirurgie récente ou tissu cicatriciel dans la zone à traiter	Oui / Non
Appareil implantable actif tel qu'un stimulateur cardiaque (pacemaker) ou un défibrillateur	Oui / Non
Chirurgie récente ou tissu cicatriciel dans la zone à traiter	Oui / Non
Appareil implantable actif tel qu'un stimulateur cardiaque (pacemaker) ou un défibrillateur	Oui / Non
Interventions chirurgicales antérieures de la zone pectorale	Oui / Non
Indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 35 kg / m2	Oui / Non
Antécédents personnels de cancer du sein antérieur	Oui / Non

Précautions d'emploi :

Douleur chronique ou pathologies chroniques nécessitant un traitement	Oui / Non
État infectieux ou fébrile, trouble d'anxiété	Oui / Non
Sensibilité connue ou allergie à l'alcool isopropylique, au propylène glycol, au fructose ou à la glycérine	Oui / Non

J'ai pris connaissance des contre-indications formelles et des précautions d'emploi de la cryolipolyse.

J'ai lu les informations ci-dessus et je consens à être traité avec la cryolipolyse CRISTAL PRO® par le Docteur et son assistant(e).

Nom :

Signature :

Date

ÉTAPE 2 - TONICITÉ



CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ À LA CRISTAL FIT®

CRISTAL FIT® est un dispositif médical utilisant une stimulation électromagnétique non invasive des muscles. La technologie de SEMM HI (Stimulation ElectroMagnétique Musculaire de Haute Intensité) utilise un champ électromagnétique qui pénètre dans les tissus puis traduit en signal électrique afin d'interagir avec les neurones moteurs (motoneurones) innervant les muscles. La stimulation de ces motoneurones va déclencher des contractions musculaires intenses et forcées.

Ce traitement ne nécessite aucune anesthésie et est parfaitement indolore. Les patients sont confortablement installés et peuvent se détendre durant la séance, tandis que l'appareil effectue des contractions musculaires intenses. Comme la plupart des techniques, les résultats varient d'un individu à l'autre.

EFFETS OBSERVÉS

- Aucun effet secondaire ou évènement indésirable n'a été rapporté en lien direct avec un protocole de traitement par SEMM HI .
- Le phénomène de contraction peut créer un léger inconfort et des sensations de tiraillement. Vous pouvez ressentir des picotements et de légères douleurs au début du traitement. Ces sensations cessent généralement au cours du traitement.
- Vous pouvez ressentir de légères douleurs musculaires le jour suivant la séance.
- Les effets diffèrent selon les patients et une apparition tardive des effets mentionnés précédemment peut être observée. Contactez immédiatement votre médecin si des effets secondaires non mentionnés apparaissent ou si les symptômes persistent. Il signalera les effets secondaires indésirables au fabricant.
- Vous pouvez observer des résultats dès 4 séances.

J'ai pris connaissance des risques et des effets secondaires existants et du fait que d'autres non connus peuvent apparaître.

Nom :

Signature :

Date :

ÉTAPE 2 - TONICITÉ



CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ À LA CRISTAL FIT®

PRÉSENTEZ-VOUS UNE OU PLUSIEURS DES CARACTÉRISTIQUES SUIVANTES ?

Merci d'entourer la réponse. Contre-indications formelles :

Présence d'implant(s) métallique(s) dans la colonne vertébrale en région lombo-sacrée, au niveau du bassin, des articulations de la hanche, y compris tout composant métallique	Oui / Non
Grossesse ou allaitement	Oui / Non
Dispositifs électroniques implantables actifs	Oui / Non
Dispositif intra-utérin non plastique	Oui / Non
Saignement de toute origine (y compris menstruations)	Oui / Non
Troubles de la coagulation	Oui / Non
Douleur d'origine inconnue	Oui / Non
Maladie(s) neurologique(s)	Oui / Non
Épilepsie	Oui / Non
Tension artérielle très basse	Oui / Non
Douleurs lombaire ou pelvienne au cours des 6 derniers mois	Oui / Non
Présence d'un prolapsus de stade II-IV de l'organe pelvien (se référer à la classification Pelvic Organ Prolapse Quantification)	Oui / Non
Antécédents de chirurgie en zone pelvienne	Oui / Non
Toutes contre-indications à la physiothérapie	Oui / Non
Malaise durant la consultation	Oui / Non
Toute infection de l'appareil uro-génital	Oui / Non
Cancer, radiothérapie ou chimiothérapie	Oui / Non

Si vous avez des implants métalliques ou si vous pensez en avoir, veuillez en informer votre médecin avant le début du traitement.

J'ai pris connaissance des contre-indications formelles et des précautions d'emploi de la SEMM HI.

J'ai lu les informations ci-dessus et je consens à être traité avec la SEMM HI CRISTAL FIT® par le Docteur et son assistant(e).

Nom :

Signature :

Date :

ÉTAPE 3 - FERMETÉ



CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ À LA CRISTAL SKIN®

CRISTAL SKIN® est une technique de soin esthétique dotée de la technologie de radio-multifréquence multipolaire. Elle est indiquée pour le traitement du relâchement cutané et le traitement de la cellulite.

La radio-multifréquence est basée sur l'émission d'ondes électromagnétiques à haute fréquence qui pénètrent la peau et la chauffent (température pouvant aller jusqu'à 47°). La radiofréquence multipolaire permet de concentrer les flux électriques sur des zones corporelles localisées.

Les ondes électromagnétiques diffusent de la chaleur et agissent à différents niveaux de profondeur pour cibler respectivement le derme (la peau) et l'hypoderme (la graisse).

En conséquence, d'une part, les fibres de collagène et d'élastine existantes se resserrent et de nouvelles sont produites. Ce remodelage favorise ainsi une régénération de la peau qui apparaît plus tonique et plus ferme. D'autre part, la radio-multifréquence va aider à détruire certaines cellules graisseuses résistantes aux autres traitements.

De nombreuses parties du corps et du visage peuvent être traitées.

Ce traitement ne nécessite aucune anesthésie et est parfaitement indolore. Les patients sont confortablement installés et peuvent se détendre durant la séance.

QUELS SONT LES EFFETS OBSERVÉS SUR LA PEAU ?

Le réchauffement profond des tissus permet de :

- Lutter contre l'aspect fripé de la peau du visage, du cou et du décolleté et redonne fermeté et éclat
- Raffermer la peau du corps et redessiner notamment les bras, les cuisses et le ventre.
- Améliorer l'aspect des vergetures et atténuer les cicatrices
- Lutter contre les amas graisseux modérés et la cellulite.

QUELS SONT LES RISQUES ?

- Pas d'effets secondaires proprement dit mais de légères rougeurs qui disparaissent spontanément. - Dans de très rares cas, le soin peut provoquer une brûlure si les protocoles ne sont pas respectés

COMBIEN DE SÉANCES SONT NÉCESSAIRES ?

- Plusieurs séances sont nécessaires pour des résultats. Six à huit séances espacées de 8 jours sont nécessaires.

J'ai pris connaissance des risques et des effets secondaires existants et du fait que d'autres non connus peuvent apparaître.

Nom :

Signature :

Date :

AUTORISATION D'UTILISATION D'IMAGE – MOMMY BLOOM

PATIENT	MÉDECIN
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : _____	Signature / Tampon : _____

Le médecin a réalisé une ou plusieurs photographies sur lesquelles apparaît le modèle.
Ces images ont été réalisées en date du |__|_|/|__|_|/|__|_| à _____.

OBJECTIF DES PHOTOS

Les photographies auront pour objectif de vérifier le résultat réel et visible du traitement.

CONDITIONS DE PRISE DE VUE

La photographie ne devra pas :

- montrer le visage du modèle,
- porter atteinte au modèle,
- faire paraître un élément reconnaissable du modèle (ex : tatouage).

La photographie devra :

- être prise sur la zone traitée,
- être prise avec un fond neutre,
- être prise avec la même source de lumière.

MODES DE DIFFUSION

Le modèle (qui atteste ne pas être lié avec un tiers par un contrat d'exclusivité sur son image) autorise le médecin à faire usage des photographies pour les utilisations visées ci-dessous. En cas de désaccord pour l'une des utilisations, le modèle devra rayer la mention concernée. Il est informé qu'en ne refusant aucune autorisation, sa photographie pourra être utilisée sur tous les supports indiqués ci-dessous :

- Études cliniques
- Présentations internes
- Présentations externes
- Publications
- Expositions
- Publicité

DURÉE DE L'AUTORISATION

La présente autorisation est accordée pour une durée indéterminée à compter de sa signature.

ENGAGEMENT DU MÉDECIN

Le médecin s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptibles de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation du modèle, ou tout autre exploitation préjudiciable.

Il tiendra à disposition du modèle un justificatif de chaque parution, disponible sur simple demande et encouragera ses partenaires à faire de même en mettant personnellement tout en œuvre pour atteindre cet objectif.

Date : |__|_|/|__|_|/|__|_|_|_|_|

Signature du modèle : _____