

Nom du patient _____

Zones de traitement _____

Je suis conscient(e) que la plateforme Nordlys est un dispositif à base de lumière pulsée à double filtres utilisé pour les lésions vasculaires et pigmentaires, la réjuvenation, l'épilation, le traitement de l'acné et des vergetures et je consens à recevoir un traitement _____ (préciser l'indication).

Je suis conscient(e) que les résultats cliniques peuvent être différents selon les facteurs individuels, comprenant mais pas limités aux antécédents médicaux, au type de peau, au respect des instructions pré/post traitement par le patient, et à la réponse individuelle au traitement.

Je suis conscient(e) qu'il existe une possibilité d'effets secondaires de petite durée tels que des rougeurs, légères brûlures, hématomes et décolorations de la peau temporaires, ainsi qu'une possibilité d'effets secondaires rares tels que des cicatrices ou une décoloration permanente. J'ai été totalement informé(e) de ces effets secondaires _____ (parafe du patient).

Je suis conscient(e) qu'un traitement avec le Nordlys inclut une série de traitements et le tarif des séances m'a été complètement expliqué _____ (parafe du patient).

Je certifie avoir été complètement informé(e) de la nature et du but de la procédure, des résultats attendus et des complications possibles, et je suis conscient(e) qu'aucune garantie ne peut m'être donnée en ce qui concerne le résultat final. Je suis pleinement conscient(e) que ma motivation est d'ordre esthétique et que ma décision de suivre la procédure est uniquement basée sur ma volonté.

Je confirme avoir informé le personnel de tous : maladie, état médical, ou médication actuels ou passés.

Je consens à la prise de photographies et autorise leur utilisation anonyme dans un but de formation ou de promotion.

Je certifie avoir eu l'occasion de poser des questions et j'ai complètement lu et compris le contenu de ce formulaire de consentement.

J'autorise par la présente Dr _____ à effectuer le traitement.

Date _____

Signature (à faire précéder de la mention manuscrite « lu et approuvé ») :

DROIT D'AUTORISATION D'UTILISATION D'IMAGE

Je soussigné(e) autorise le Dr GOURHANNIC à prendre des photographies sur lesquelles j'apparaîtrai afin de vérifier le résultat réel et visible du traitement.

Les conditions de prise de vue sont les suivantes :

- le modèle ne doit pas être reconnaissable. Si le visage est photographié les yeux seront cachés sur le cliché ;
- la photographie ne doit pas porter atteinte au modèle ;
- la photographie ne doit pas faire paraître un élément reconnaissable du modèle (ex : tatouage) ;
- la photographie doit être prise sur la zone traitée.

Les modes de diffusion sont les suivants :

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 | - publications réseaux sociaux |
| - présentations internes | - expositions |
| - présentations externes | - publicités |

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.

Fait à Le

Signature du patient précédée de la mention « lu et approuvé ».