

Document remis à :

M, Mme, Melle

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

### INTRODUCTION

L'information contenue dans ce document vous permet de vous rendre compte de ce que représente la technique de mésothérapie. Cette information vous permettra de donner votre consentement en toute connaissance de cause. Votre médecin est bien évidemment disposé à répondre à toutes vos questions se rapportant à cette technique.

### NATURE ET DÉROULEMENT DE L'INTERVENTION

Cette technique consiste à injecter superficiellement un complexe multivitaminé directement avec une seringue ou à l'aide d'un pistolet de mésothérapie. Il est en général conseillé de faire 2 séances à une semaine d'intervalle puis tous les 15 jours pendant 3 mois. Une séance d'entretien tous les trimestres est également conseillée pour prolonger l'efficacité du traitement.

### EFFETS SECONDAIRES

Les complications en mésothérapie sont rares, cependant certains effets secondaires éventuels sont à prendre en compte :

- inconfort dû aux aiguilles (de courte durée) ;
- ecchymoses dues à l'érosion d'un petit vaisseau ;
- œdème et rougeur ;
- réactions allergiques ;
- hyperpigmentation et hématomes.

Dans des cas très rares, il est également possible d'avoir :

- une infection ;
- une cicatrice.

### CONSENTEMENT

S'agissant d'un acte à visée esthétique, aucune prise en charge par l'assurance maladie ne peut avoir lieu, y compris un arrêt de travail. Il est convenu que les photos avant/après l'intervention pourront être effectuées dans un but de suivi de traitement et de tenue de dossier médical et éventuellement dans un but exclusivement scientifique et/ou éducatif.

**Votre spécialiste, le Dr GOURHANNIC, vous a communiqué toutes les informations sur les résultats attendus, les éventuels aléas relatifs à ce type de traitement, les effets secondaires possibles, les inconvénients mineurs et tous les risques connus inhérents à cet acte médical de manière conforme à votre état de santé et au vu de vos déclarations sur vos antécédents. Si l'un des ces points reste incompris, vous devez absolument lui en faire part dès maintenant.**

**En signant ce document, vous reconnaissez avoir arrêté votre choix en étant pleinement informé(e).**

Je soussigné(e) ..... déclare avoir pris connaissance et parfaitement compris les informations qui m'ont été communiquées par le Dr GOURHANNIC sur la technique de mésothérapie à des fins esthétiques. J'accepte expressément et sans réserve après réflexion qu'il réalise cet acte sur ma personne et m'engage à suivre toutes les recommandations et prescriptions de mon médecin le Dr GOURHANNIC.

Fait à ..... Le .....

Signature du patient précédée de la mention « 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 ».