

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 la pressothérapie. 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.

PRINCIPE ET DÉFINITION

La pressothérapie est une technologie de soin qui consiste à appliquer une pression externe sur le corps afin de favoriser la circulation sanguine et lymphatique. Elle peut être utilisée pour traiter différents facteurs tels que la cellulite, la rétention d'eau, les jambes lourdes ou encore pour améliorer la récupération musculaire chez les sportifs.

La pressothérapie est une technique de drainage qui génère un gradient de pression définit au préalable par le professionnel de santé en fonction des besoins du patient. Ce gradient est obtenu en gonflant et dégonflant des segments de ce dispositif de façon successive et ce afin de stimuler et ainsi améliorer la circulation sanguine et lymphatique.

BIENFAITS DE LA PRESSOTHÉRAPIE

- Amélioration de la circulation sanguine et lymphatique.
- Favorise l'élimination des toxines et accélère la récupération physique.
- Élimination des œdèmes pouvant occasionner une sensation de jambes lourdes.
- Atténuation des effets disgracieux de la cellulite (peau d'orange).
- Bonne récupération chez les sportifs après un entraînement intensif ou après une compétition.

DÉROULEMENT DE LA SÉANCE

Une fois les explications et les conseils donnés sur la pressothérapie, un protocole de soin basé notamment sur le type de pression sera mis en place par le médecin. Une fois le patient allongé, et les jambes placées dans les dispositifs remplaçant le drainage lymphatique manuel, les dispositifs gonflent et se dégonflent grâce à un compresseur à air, avec des pressions intermittentes adaptées à chacun.

NOMBRES DE SÉANCES

La fréquence des séances est établie en fonction des personnes, de leurs troubles et de leurs besoins. Le nombre de séances est donc défini avec le médecin en fonction du protocole choisi.

On peut pratiquer jusqu'à 2 fois par semaine de la pressothérapie. La durée des séances varie de 30 minutes à 60 minutes. Il faut environ 6 séances pour en ressentir les bienfaits.

CONTRE-INDICATIONS

Aux personnes souffrant :

- de troubles cardiaques
- d'une hypertension non traitée
- d'une thrombose veineuse ou phlébite
- d'une insuffisance respiratoire, hépatique ou rénale
- d'une artérite sévère
- d'une neuropathie et plexopathie aigüe
- d'un œdème pulmonaire aigu
- d'épilepsie
- d'un glaucome
- d'un défaut de fonctionnement de glande thyroïde
- de lymphangite
- d'une grossesse pathologique
- de douleurs abdominale
- de maladies infectieuses
- d'une tumeur.

EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES

- Augmentation provisoire de la douleur
- Petechies
- Rupture capillaire - si la pression dépasse le niveau recommandé
- Hématome
- Réaction végétative - dans les patients présentant un système végétatif sensible (malaise vagal)
- Congestion lymphatique - dans des secteurs non traités.

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 vue 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 reconnaisez 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 la pressothérapie. J'accepte expressément et sans réserve après réflexion qu'elle réalise cet acte sur ma personne et m'engage à suivre toutes les recommandations et prescriptions de mon médecin le Dr Valérie 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 ».