

BIOREVITALISATION CUTANÉE  
TRAITEMENT PRX T33 AVEC PEELING, LASER OU INJECTIONS

Document remis à :

M, Mme, Melle

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

**PRINCIPE DU TRAITEMENT**

Il s'agit d'une technique novatrice de biorevitalisation cutanée brevetée, sans injection, à l'origine d'un renouvellement cellulaire en profondeur sans entraîner d'exfoliation (desquamation).

Ce soin, composé d'acide trichloracétique, de peroxyde d'hydrogène (communément appelée eau oxygénée) et d'acide kojique, possède une action stimulante sur la production d'un nouveau collagène. Il s'adresse à tous les phototypes, y compris les peaux mates. Utilisé pour le visage, le cou, le décolleté ou les mains, il peut être pratiqué en toute saison y compris sur peau bronzée.

Le PRX T33 permet :

- d'obtenir un teint plus éclatant, une peau plus lumineuse ;
- de corriger les imperfections (atténuer les cicatrices récentes, tâches brunes, réduire les pores dilatés, diminuer les ridules) ;
- d'améliorer l'hydratation de la peau

La biorevitalisation peut se combiner avec toutes les autres techniques comme les injections ou le laser.

**AVANT LA SÉANCE**

Pour optimiser les résultats, l'application au préalable d'une crème riche en acides de fruits, conseillée par nos soins (**ENOLISS Perfect Skin 15 AHA**) est à appliquer, le soir, entre 7 et 15 jours avant chaque séance, sur la zone concernée. Une crème anesthésiante de type EMLA® peut vous être proposée et à appliquer 1h avant l'acte.

**PENDANT LA SÉANCE**

Le gel de PRX T33 est appliqué sur la zone à traiter par massage manuel au doigt ganté en alternance avec le passage d'un rouleau de micro-aiguilles (micro-needling). Le gel est ensuite rincé à l'eau.

La séance dure 15 à 20 minutes. Quelques brefs picotements peuvent être ressentis lors de l'application mais tout à fait tolérables. Un masque apaisant, combiné à l'exposition sous lampe LED (durée 20 minutes), complètent le soin. La séance dure au total environ 40 minutes.

**APRÈS LA SÉANCE**

Les suites sont simples : pas ou peu de rougeurs, pas de desquamation. Il n'y a pas d'effet secondaire particulier. Aucune éviction sociale ni précaution n'est à prendre vis-à-vis du soleil. Il vous suffira d'appliquer une crème hydratante, qui vous sera conseillée, pendant 4 à 5 jours (**ENOCARE Pro Emollient Réparateur OU ENOCARE crème visage hydratante**).

### RÉSULTATS

Son efficacité est supérieure à celle des peelings superficiels. Un effet bonne mine est rapidement observé. Le plus intéressant est l'amélioration progressive de la texture et du grain de peau au fil des séances. La peau est repulpée et retrouve sa souplesse ainsi que son élasticité. Les résultats durent 6-9 mois environ.

### NOMBRE DE SÉANCES

4 à 5 séances seront nécessaires, à raison d'une séance tous les 10 à 15 jours.

### CONTRE-INDICATIONS

- Herpès
- Grossesse
- Patient sous isotrétinoïne ou traitement par rétinoïdes (attendre 6 à 12 mois après la fin du traitement)
- Peau irritée ou éruption cutanée sur la zone concernée.

### INDICATIONS :

Il s'agit d'une technique performante pour :

- palier au problème de peau terne, de teint brouillé, de peau tachée ;
- traiter la peau à tendance acnéique et les cicatrices d'acné, du visage et du tronc ;
- relisser la peau, atténuer les ridules et fines rides du visage (l'aspect fripé des joues, le plissé solaire de la lèvre...), redensifier la peau ;
- atténuer les vergetures.

Les avantages de ce soin est qu'il permet d'obtenir des résultats similaires à ceux d'un peeling moyen sans en avoir les effets secondaires.

### 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 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 du PRX T33. 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 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 ».